Rok LII. Kraków, dnia 17. maja 1913. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu weterynaryi i z kliniki położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W sprawie serodyagnostyki ciąży

podali

Dr K. Jaworski i Dr Z. Szymanowski.

W r. 1912 Abderhalden ogłosił szereg spostrzeżeń nad powstawaniem we krwi specyalnych fermentów, rozszczepiających substancye, wprowadzone poprzednio do ustroju tego samego zwierzęcia drogą parenteralną, t. j. z ominięciem przewodu pokarmowego, a więc śródżylnie, podskórnie lub do jednej z jam ciała. W szeregu prac, wykonanych przy udziale licznych współpracowników, Abderhalden dowiódł, że po wstrzyknięciu ciał białkowych powstaje ferment proteolityczny, po wstrzyknięciu węglowodanów surowica krwi wykazuje działanie glikolityczne, wprowadzenie tłuszczów wreszcie sprawia zjawienie się własności lipolitycznych. Fermenty te rozszczepiają tylko ciała tej samej kategoryi chemicznej, do jakiej należała substancya, poprzednio wprowadzona do ustroju. Zachodzi tu więc wybitna różnica w porównaniu z odczynami serologicznymi natury odpornościowej, które wykazują daleko posuniętą swoistość biologiczną; fermenty Abderhaldena posiadają swoistość tylko chemiczną. Autor ten buduje na podstawie swych badań niezmiernie rozległą koncepcyę fermentów ochronnych ustroju. Zjawiają się one wtedy, gdy się jakie obce ciało dostanie do ustroju drogą parenteralną i zadaniem ich jest zabezpieczenie ustroju od następstw takiego wprowadzenia obcego ciała. W przypadkach zwykłych ciała obce, za których prototyp niejako możemy uważać pokarmy, dostają się do ustroju drogą przewodu pokarmowego i napotykają tam cały szereg fermentów, rozkładających je na elementy prostsze, z których ustrój odtwarza następnie swoje własne tkanki. Inaczej sprawa się przedstawia, gdy ta sama substancya dostanie się do ustroju drogą parenteralną; czynność trawienną biorą wówczas na siebie soki ciała, limfa i krew, działając zapomocą fermentów specyalnych »ad hoc« wytworzonych, których w warunkach prawidłowych brak, i które zjawiają się dopiero pod wpływem parenteralnego wejścia danej substancyi do ustroju. Abderhalden rozróżnia w swojej teoryi substancye obce ustrojowi wogóle, t. j. takie, które się nigdy nie znajdują w ustroju w warunkach prawidłowych, oraz substancye obce miejscowo, czyli elementy tego samego ustroju, przeniesione w jego obrębie ze zwykłego miejsca swego pobytu w inne niezwykłe. Wybitne miejsce zajmują w teoryi Abderhaldena elementy obce krwi, które poza obrębem układu krwionośnego mogą się znajdować bez szkody dla ustroju, natomiast krążąc we krwi wywołują objawy chorobowe. W ten sposób otwierają się rozległe horyzonty dla badań patologicznych, nasuwa się konieczność poddania całego szeregu spraw chorobowych rewizyi z punktu widzenia teoryi Abderhaldena. Eksperymentalne podstawy teoryi fermentów ochronnych nie są dziś jeszcze w dostatecznej mierze ugruntowane, cyfry, na których Abderhalden się opiera, są jeszcze bardzo blizkie granicy błędów doświadczalnych, ale w jednym kierunku teorya ta wytrzymała już całkowicie próbę ścisłej krytyki, a mianowicie w zastosowaniu do biologii ciąży.

Wiadomo było oddawna, że w czasie ciąży cząstki kosmków łożyska mogą się odrywać ze swego miejsca i dostawać się z prądem krwi do rozmaitych okolic ciała matki. Schmorl, Veit i inni znajdowali cząstki takie w płucach. Abderhalden pierwszy zdołał wykryć serologiczny odpowiednik tego zjawiska, udało mu się bowiem stwierdzić, że w przebiegu ciąży surowica krwi matki nabiera zdolności rozszczepiania pierwiastków białkowych łożyska, zdolności, której surowica krwi ludzkiej poza obrębem ciąży nie okazuje. Wobec wielkiej doniosłości tego faktu zarówno dla teoryi Abderhaldena wogóle, jak i dla całej biologii ciąży prawidłowej i patologicznej w ogólności, w bardzo szybkiem tempie po ukazaniu się tych publikacyi Abderhaldena pojawił się szereg prac z rozmaitych klinik i zakładów, przeważnie potwierdzających odkrycie Abderhaldena. W pracy niniejszej podajemy wyniki naszych badań, jako przyczynek do ugruntowania i pogłębienia zwłaszcza metodycznej strony tej sprawy. Statystyka nasza obejmuje nadto cały szereg przypadków kazuistycznie bardzo ciekawych, które szczegółowo będą ogłoszone gdzieindziej.

Abderhalden posługuje się dwiema metodami — optyczną i dyalizową. Podstawą metody optycznej jest różnica skręcenia płaszczyzny polaryzacyi badanego ciała optycznie czynnego przed i po zadziałaniu fermentu; metoda ta wymaga wielkiej wprawy, doskonałych przyrządów i umiejętnego przygotowania badanego ciała. Dla wszyst-

kich tych trzech powodów może ona mieć wielką wartość naukową, zwłaszcza, że dotąd jest to jedyna metoda ilościowego badania tych zjawisk, ale nie nadaje się zupełnie do sprawdzań i do celów klinicznych.

Metoda dyalizy opiera się na tem, że o ile białko rodzime nie przenika przez błony roślinne i zwierzęce, o tyle produkty rozszczepienia białka przechodzą przez taką błonę. Metoda ta wymaga przedewszystkiem przygotowania w odpowiedni sposób łożyska. Abderhalden odpreparowuje je w tym celu od błon i naczyń, wymywa zupełnie dokładnie ze krwi i pociąwszy je na kawałki wielkości 2—3 cm^3, gotuje przez pięć minut we wrzącej wodzie. Gotowanie to powtarza się kilkakrotnie, aż do zupełnego usunięcia ciał peptonowych. W ten sposób otrzymujemy przetwór, w którym wszystkie substancye białkowe zostały ścięte, a peptony uległy wymyciu. Tak przygotowane łożysko przechowuje się bardzo długo bez zmiany w naczyniu wyjałowionem w wodzie, — najlepiej z ostatniego gotowania —, z dodatkiem chloroformu i toluolu. Surowica krwi badanej osoby musi też czynić zadość pewnym warunkom, a mianowicie powinna być o ile możności świeża i być całkowicie wolna od hemoglobiny i od czerwonych ciałek, które — jak tego dowiodły prace Abderhaldena i jego uczniów — zawierają fermenty proteolityczne. Do dyalizy używamy woreczków Nr 579 a, wyrabianych przez firmę Schleicher i Schüll. Do woreczka wrzucamy 1 grm ściętego łożyska, rozskubany na drobne cząsteczki i nalewamy 2—3 cm^3 badanej surowicy. Potem wstawiamy dyalizator do naczynia szklanego, zawierającego około 15 cm^3 wody przekroplonej, na powierzchnię wody i surowicy nalewamy nieco toluolu i wstawiamy wszystko do cieplarki przy 37^0 na 16—20 godzin. Po upływie tego czasu szukamy ciał peptonowych w płynie na zewnątrz dyalizatora. Abderhalden zalecał w tym celu pierwotnie próbę biuretową, następnie zaś podał zamiast niej inny odczynnik, dający wyniki nie tyle czulsze, ile łatwiejsze do obserwacyi, a mianowicie triketonhydrindenhydrat, znany pod nazwą ninhydrynu. Jest to biały proszek, rozpuszczalny w wodzie. 0.2 cm^3 $1^0/_0$ rozczynu tego proszku dodajemy do 10 cm^3 dyalizatu i gotujemy przez minutę od chwili ukazania się pierwszych baniek powietrza. W obecności ciał peptonowych występuje po ostygnięciu płynu mniej lub więcej wybitne fiołkowe zabarwienie.

Badania nasze obejmują 71 przypadków; w tem było 34 przypadków ciąży i 22 kontrolnych. Poza tem było 7 surowic wziętych po porodzie, 1 po poronieniu i w 7 przypadkach chodziło o rozpoznanie różniczkowe co do ciąży zewnątrzmacicznej.

Podnieść musimy odrazu, że próba Abderhaldena nigdy nas nie zawiodła; należy tylko ściśle przestrzegać pewnych warunków, o których zamierzamy tu kilka słów powiedzieć. O ile przygotowanie materyału, t. j. zarówno ściętego łożyska, jak i surowicy, wolnej od czerwonych ciałek i od hemoglobiny, nie przedstawia żadnych trudności, o tyle dyalizatory mogą nieraz stanowić poważne źródło błędów. Pzedewszystkiem są one niejednolite: jedne przepuszczają tak łatwo, że nawet ślady białka przechodzą do dyalizatu, inne są tak zbite, że nawet produkty rozszczepienia białka przenikają przez nie bardzo powoli. Trudność tę można usunąć przez uprzednie wypróbowanie dyalizatorów z jednej strony co do przepuszczalności dla surowicy samej, z drugiej — co do przechodzenia przez nie produktów rozszczepienia białka, np. peptonu Wittego. W pracach Abderhaldena znajdujemy szczegółowe wskazówki co do mianowania dyalizatorów. Istnieje nadto druga trudność, bodaj że większa od pierwszej. Oto nigdy nie możemy wiedzieć dokładnie, jak długo i ile razy będzie się nadawać do użytku dyalizator, poprzednio wypróbowany. Dotychczas przechowywaliśmy dyalizatory, zawsze dokładnie przemyte po każdej próbie, w wodzie przekroplonej pod toluolem. Przekonaliśmy się jednak, że po kilku tygodniach dyalizator zaczyna przepuszczać białko surowicze. Nie możemy jeszcze ściśle oznaczyć, jak długo i ile razy jeden i ten sam dyalizator nadaje się do użytku, spodziewamy się jednak, że dalsze badania dostarczą nam wskazówek w tym względzie.

Badane przez nas przypadki zestawiamy na załączonej tablicy.

Widzimy z niej, że próba Abderhaldena daje wyniki całkowicie zgodne z rozpoznaniem klinicznem. Należy tylko ściśle przestrzegać, aby preparat z łożyska był zupełnie wolny od ciał peptonowych, oraz ażeby dyalizator nie przepuszczał wcale białka. Dla zadosyćuczynienia pierwszemu warunkowi należy zawsze przed doświadczeniem sprawdzić, czy woda, w której leży preparat z łożyska, nie zawiera peptonu i ewentualnie zagotować kilkakrotnie preparat w świeżych porcyach wody, tak samo, jak przy pierwotnem przygotowaniu. O dyalizatorach możemy na razie powiedzieć tylko, że najlepiej brać świeże i wypróbowane w sposób, wyżej wskazany. Analiza kazuistyczna naszych wyników będzie przedmiotem osobnej pracy. Tu ograniczymy się tylko do następujących uwag.

1) Próba Abderhaldena występuje już w bardzo wczesnych miesiącach ciąży.

2) Próba Abderhaldena utrzymuje się w połogu do dni 14.

3) W ciąży zewnątrzmacicznej próba daje wyniki bardzo cenne. Występuje ona dodatnio, gdy jaje płodowe jeszcze się nie odkleiło, gdy jego ektoderma czynnie styka się z matką, ewentualnie gdy odklejenie nastąpiło nie dawniej, niż na 2 tygodnie przed wykonaniem próby. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy znajdujemy tylko pozostałości po ciąży zewnątrzmacicznej, próba daje wynik ujemny.

4) W przypadkach rzucawki porodowej lub niepowściągłych wymiotów próba daje wynik ujemny.

5) Surowica chorych na raka nie rozszczepia łożyska.

Materyał nasz, rzecz prosta, jest zbyt szczupły, aby wnioski powyższe mogły mieć charakter stanowczy. Są to raczej wskazówki do dalszych rozleglejszych badań w zaznaczonych tutaj kierunkach. Wogóle należałoby, naszem zdaniem, zwrócić uwagę na doświadczalną stronę sprawy i rozstrzygnąć niektóre pytania przez odpowiednio obmyślane doświadczenia. Dziś np. nie wiemy jeszcze dokładnie, jak długo ślady tkanki łożyskowej mogą, krążąc w ustroju, wywoływać produkcyę owego fermentu. Nie wiemy, w jakim czasie po wstrzyknięciu białka daje się wykazać we krwi ferment proteolityczny. Wreszcie niewyjaśniona jest sprawa stosunku pomiędzy fermentem Abderhaldena a zwykłemi własnościami surowicy odpornościowej (precypitacya, odchylenie komplementu, nadwrażliwość bierna). Nakoniec

Nr	Data	Rozpoznanie kliniczne	Wynik	Uwagi
1	18/X 12	Graviditas X mies.	+ +	
2	23/X 12	» X »	+ +	
3	6/XI 12	» X »	+ +	
4	1/XII 12	» X »	+ +	
5	1/XII 12	» X »	+ +	
6	11/XII 12	» X »	+ +	
7	22/II 13	» X »	+ +	
8	22/II 13	» X »	+ +	
9	26/II 13	» X »	+ +	
10	26/II 13	» X »	+ +	
11	26/II 13	» X »	+ +	
12	26/II 13	» X »	+ +	
13	11/I 13	» X »	+ +	
14	18/X 12	» IX »	+ +	
15	5/XI 12	» IX »	+ +	
16	5/XI 12	» IX »	+ +	
17	5/XI 12	» VIII »	+ +	Tbc pulmonum
18	5/XI 12	» VII »	+ +	Foetus maceratus
19	29/X 12	» VI »	+ +	Abortus in tractu
20	31/X 12	» V »	+ +	
21	10/I 13	» V »	+ +	
22	19/II 13	» V »	+ +	
23	19/II 13	» V »	+ +	
24	31/X 12	» IV »	+ +	Endometritis decidualis
25	22/X 12	» IV »	+ +	
26	22/X 12	» III »	+ +	Psychosis
27	22/X 12	» III »	+ +	
28	19/II 13	» II »	+	Hyperemesis gravidarum
29	19/II 13	» II »	+	» »
30	14/I 13	» III »	+	» »
31	14/I 13	» IV »	+ +	Podejrzenie mola hydatidosa
32	22/X 12	» IV »	+ +	Mola hydatidosa
33	16/I 13	» X »	+	Eclampsia
34		» X »	+	Eclampsia
35	18/X 12	2 dzień	+ +	
36	22/II 13	4 dzień po porodzie	+ +	
37	22/II 13	2 dzień	+ +	
38	26/I 13	12 dzień	+ +	
39	30/II 13	16 dzień	—	
40	22/II 12	22 dzień	—	
41	19/II 13	2 miesiące	—	
42	29/XI 12	Gravidit. extrauterina	+ +	W końcu września ostatnia regularność 25/XI 1912 krwawienia i silny ból w boku prawym. W jamie Douglasa opór ciastowaty, zajmujący wszystkie sklepienia. 29/XI Operacya okazała się ciąża jajowodowa prawostronna.
43	18/I 13	Rozpoznanie kliniczne wahało się między graviditas tubaria dextra a salpingitis dextra	+ +	Ostatnia regularność rzekomo 5/I 1913. 26/XII silne bole w okolicy kątnicy, w excavatio vesico-uterina wyczuwa się guz. 23/I operacya. Graviditas tubaria dextra. W jajowodzie świeże jaje płodowe.
44	18/I 13	Rozpoznanie kliniczne waha się między exsudatum para- et perimetriticum a hematocele retrouterina	+ +	Chora nie była operowana, i wyszła z kliniki leczona zachowawczo
45	24/I 13	Rozpoznanie kliniczne waha się między graviditas extrauterina a cystis intraligamentaris	—	Ostatnia regularność w końcu listopada 1912. 1/I 13. krwotok, który trwał 6 dni. W lewem sklepieniu wyczuwa się guz miękki, stojący w związku z macicą. 25/I. 1913 operacya. W jamie brzusznej krew stara. Jajowód lewy rozdęty, wypełniony skrzepłą krwią. Rozbiór mikroskopowy jajowodu nie wykazał kosmków.
46	30/XI 12	Hematocele retrouterina post graviditatem tubariam dextram	—	Od ostatniego peryodu, który miał być 10/X 1912 r. chora ma bole w brzuchu i krwawi. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dużej pięści. Przy operacyi guz ten okazał się starym krwiakiem zrośniętym z otoczeniem.
47	30/II 13	Graviditas tubaria dextra	—	Ostatnia regularność 13/I 1913. 23/II silne bole w dole brzucha, krwawienie i wymioty. 4/II operacya. Krwiak pozamaciczny po stronie prawej. Jajowód rozdęty, wypełniony skrzepami. Wśród skrzepów odklejone jaje płodowe
48	22/II 13	Residua post abortum, salpingitis sinistra	—	
49	18/X 12	Rozpoznanie wahało się między cystis ovarialis a graviditas extrauterina	—	Zabieg operacyjny stwierdził torbiel jajnikową
50	23/X 12	Carcinoma	—	Surowice z oddziału chirurgicznego
51			—	
52	18/X 12	Endometritis	—	
53	18/X 12	Endometritis	—	
54	18/X 12	Tbc peritonei	—	
55	23/X 12	Lues	—	
56	23/X 12	Lues	—	
57	5/XI 12	Prolapsus uteri	—	
58	5/XI 12		—	Surowice z oddziału dermatologicznego
59	5/XI 12		—	
60	10/I 13		—	Surowice personalu klinicznego
61	10/I 13		—	
62	10/I 13		—	
63	10/I 13		—	
64	10/I 13		—	
65	19/I 13		—	
66	24/I 13		—	Surowice osób niecieżarnych
67	24/I 13		—	
68	22/II 13		—	
69	22/II 13		—	
70	19/I 13		—	

ciemną zupełnie jest sprawa miejsca, w którem wytwarza się ferment Abderhaldena; wszak wiemy dziś tylko, że się on nagromadza w surowicy, ale nie wiemy, skąd pochodzi. Rozpoczęte przez nas badania w rozmaitych kierunkach nie są jeszcze ukończone; zaznaczymy tu tylko, że surowica królika wyraźnie rozszczepia łożysko już w 3 dni po wstrzyknięciu zawiesiny z niego, kiedy niema jeszcze ani śladu precypitacyi. Doświadczenia z nadwrażliwością bierną zdają się obiecywać wyniki dodatnie.

Na zakończenie podkreślić musimy, że próba dyalizowa ma dotąd znaczenie wyłącznie jakościowe i wynik dodatni świadczy o obecności fermentu, ujemny — o jego braku. Co się tyczy ilościowej strony odczynu podnieść musimy ogromne wahania prób, przedsiębranych jednocześnie z jednym i tym samym materyałem na kilku dyalizatorach. Składać się musi na to cały szereg warunków, jako to: różnice w przepuszczalności różnych dyalizatorów i niemożność osiągnięcia całkowitej równomierności preparatu łożyskowego. Przedewszystkiem nie możemy być pewni, że swoisty materyał syncytyalny jest w jednakowych ilościach rozmieszczony we wszystkich kawałkach preparatu. Następnie powierzchnia trawienna przedstawia wielkie różnice, wreszcie czas, podany przez Abderhaldena, jako »optimum«, nie może być bezpośrednio zastosowany do prób ilościowych bez poprzednich badań. W tej ostatniej sprawie wykonaliśmy następujące doświadczenie. Określenie czasu »optimum« odczynu napotyka na wielką trudność wobec różnej przepuszczalności dyalizatorów. Ażeby uniknąć tego źródła błędów, umieściliśmy w naczyniu szklannem o pojemności 150 centymetrów 4 dyalizatory, zawierające po 1 gramie preparatu łożyskowego i po 3 cm³ surowicy tej

samej ciężarnej zanurzone w 100 cm wody przekroplonej. Naczynie wstawiliśmy do cieplarki przy 37° i szukaliśmy w dyalizacie ciał peptonowych zapomocą ninhydrynu co 2—3 godzin. Próba wystąpiła dodatnio po raz pierwszy po 8—9 godzinach. Dalsze próby były coraz wybitniejsze i dopiero po 20 godzinach wystąpiło »optimum«, które już dalej nie zmieniało się wyraźnie.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę paratyfusu (duru wrzekomego) i duru mandżurskiego,

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Gdy prątki dostatecznie się w niej rozmnożą, wtedy wytwarzają owrzodzenia. Dopiero w następstwie przedostają się prątki do dróg chłonnych i wtedy cierpienie przybiera charakter durowy.

Z powyższego wynika, iż od usadowienia się zarazka zależy rodzaj zachorowania na paratyfus B., a więc, czy wystąpi nieżyt żołądkowo-jelitowy, czy też rozwinie się paratyfus brzuszny. Osiedlenie się prątka w powierzchownych warstwach śluzówki i działanie obfitej ilości wprowadzonych jadów wywołuje ostry lub przewlekły nieżyt żołądkowo-jelitowy. Osiedlenie się w narządzie chłonnym z następczem przedostawaniem się prątków do krwi, do śluzówki jelit i do innych narządów wywołuje powstawanie paratyfusu brzusznego.

Wprawdzie i w pierwszym przypadku, o czem już wyżej mówiłem, prątki mogą się przedostać do krwi i wywołać bakteryemię, lecz taka bakteryemia nie bywa nigdy tak stałą, tak wybitną i tak długotrwałą, jak w paratyfusie brzusznym.

Trautmann podaje inną patogenezę. W paratyfusie brzusznym, mówi Trautmann, prątki wylęgają się w samymże zakażonym ustroju człowieka, w postaci zaś nieżytowej paratyfusu, w ustroju zwierzęcym. Spożycie mięsa zakażonego zwierzęcia wywołuje objawy zatrucia mięsnego. W pierwszym razie jakoby niewielka ilość prątków przedostaje się do ustroju, wskutek czego musi minąć pewien okres, niezbędny do należytego rozwoju prątków i wywołania odpowiednich objawów (okres wylęgania). Natomiast, gdy do ustroju wtargnie ogromna ilość prątków, już uprzednio nagromadzonych w mięsie, wtedy występuje odrazu ostry odczyn ustroju w postaci cierpienia żołądkowojelitowego. Z powyższym poglądem kłócą się fakty nagłego wystąpienia paratyfusu brzusznego, a następnie i takie, w których z początku są objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego, po którym wkrótce wywiązuje się postać durowa. Wreszcie epidemiologiczne dane wskazują, iż spożycie tych samych ilości zakażonego materyału wywołuje w jednym przypadku postać nieżytową, w drugim durową, zaś w innych obydwie sprawy jednocześnie lub następczo po sobie.

Podobnie, jak we wszystkich chorobach zakaźnych, tak też i w paratyfusie wytwarzają się we krwi swoiste aglutyniny. Ciała te występują dopiero w drugim tygodniu choroby, około 11. dnia (Konrich). Niekiedy jednak brak ich, w niektórych zaś przypadkach miano odczynu dla heterologicznych prątków (np. durowych) jest wyższe, aniżeli dla homologicznych. Wobec tego Tromsdorff, Sacquepée, Poggenpohl, Thies, Zlatogorow twierdzą, iż rozpoznania nie można opierać na powyższym odczynie. Surowica chorych paratyfusowych, podobnie jak i durowych, zawiera obok swoistych aglutynin jeszcze gatunkowe.

Nie przemawia to jednak przeciwko swoistości odczynu, jak już o tem mówiłem przy durze. Prątki paratyfusu B zawierają w sobie ciała (antygeny) wspólne dla grupy, do której należą, a więc grupy durowo-okrężnicowej (Typhus-coli-gruppe), oraz osobnicze, własne. Przeto jako wyraz odczynu ze strony chorego ustroju występują aglutyniny i przeciwgatunkowe i przeciwosobnicze. Miano ostatnich jest wyższe, co również, jak i w durze brzusznym, pozwala na odróżnienia aglutynin homologicznych od heterologicznych. Schultz wykonał 2400 prób aglutynacyjnych, z tego w 305 przypadkach duru brzusznego, a w 95 przypadkach paratyfusu B. Otrzymał w 80,3% przypadkach duru brzusznego, a w 84,6% paratyfusu, czystą aglutynacyę dla homologicznych prątków bez przymieszki heterologicznych aglutynin. Brion i Kayser stwierdzili, iż w trzecim tygodniu duru brzusznego i paratyfusu brak było aglutynacyi w 5% przypadków. W durze Eberthowskim obok swoistej aglutynacyi występowała i gatunkowa: w 10% przypadków dla paratyfusu A i w 8% przypadkach dla paratyfusu B.

Kraus i Steinitzer uodporniali konie przeciwko durowi Eberthowskiemu przy pomocy wzrastających dawek przesączu z hodowli durowych. W surowicy tych koni wykryto i przeciwjady dla jadów ze szczepów paratyfusowych. Przy pomocy surowicy jednego z powyższych koni można było uodpornić króliki przeciw jadom paratyfusu i duru mysiego.

Bingel opisuje przypadek ropnia płuc, wywołanego przez prątki paratyfusu B. Od 6. dnia choroby surowica sklejała prątki paratyfusu B. w stosunku 1:160, w środku trzeciego tygodnia — zarówno prątki paratyfusu B, jak i durowe w stosunku 1:320, zaś we dwa dni później obydwa w stosunku 1:3200. W stolcu nie było ani prątków durowych, ani paratyfusowych. Już po zniknięciu prątków paratyfusu z plwociny surowica sklejała je w stosunku 1:320, durowych zaś zupełnie nie sklejała. Może chory ten przechodził ongi dur brzuszny, (jakkolwiek w wywiadach tego nie stwierdzono), świeże zaś zakażenie paratyfusowe wywabiło utajone właściwości aglutynacyjne dla duru brzusznego. W pewnej seryi przypadków, w których najzupełniej można było wyłączyć zakażenie mieszane, surowica paratyfusowa sklejała prątki Ebertha w stosunku 1:200 (Netter), 1:300 do 1:600 (Korte) i odwrotnie.

Przytoczę tu jeszcze badania Barykina, wykonane w szpitalu charbińskim w 800 przypadkach duru. Barykin dokonywał badań serologicznych i bakteryologicznych. W 748 przypadkach seroreakcya nie zawsze dawała wynik dodatni. Z 638 surowic durowych w 27,3% stwierdzono odczyn gatunkowy, w 8,5% aglutynacya heterologiczna przeważała nad homologiczną.

Ze 107 przypadków, badanych bakteryologicznie, stwierdzono: w 75 paratyfus A, w 11 paratyfus B, w 6 prątki okrężnicy, w 13 prątki duru brzusznego i paratyfusu B., w 2 prątki duru brzusznego i paratyfusu A.

Wobec powyżej przytoczonych danych twierdzić można, że odczyn surowiczy ma wtedy znaczenie, gdy przy wielokrotnem badaniu schwycić możemy chwilę powstawania dodatniego odczynu, śledzić następcze jego narastanie, a potem znikanie równoległe z ustępowaniem objawów klinicznych. Szczególnie ważne znaczenie ma fakt, gdy odczyn, z początku ujemny, w dalszym przebiegu przechodzi w dodatni. Dla uzupełnienia dodać muszę za Leuchsem, że przy pomocy odchylenia dopełniacza (odczynu Wassermanna) można otrzymać dodatnie wyniki dla paratyfusu i duru.

Rozpoznanie. Na zasadzie objawów klinicznych możemy uczynić właściwe rozpoznanie z pewnem prawdopodobieństwem. Np. wstrząsający dreszcz, częsta biegunka z bólami w brzuchu, oraz opryszczki na wargach przemawiają wprawdzie za paratyfusem, lecz ścisłe rozpoznanie jest możliwe jedynie na zasadzie badań serologicznych i bakteryologicznych.

Obecność prątków paratyfusowych wskazuje, że mamy przed sobą paratyfus, lecz nie rozstrzyga wątpliwości, czy mamy paratyfus brzuszny. Objawy kliniczne łącznie z wykryciem prątków we krwi, a w pierwszym rzędzie różyczka, również z obecnością prątków we krwi i w plamkach różycowych, pozwalają dopiero na prawidłowe rozpoznanie. Istnieją zakażenia paratyfusowe z bakteryemią, których jednak za paratyfus brzuszny uznać niepodobna, gdyż brak im najważniejszej cechy dla postaci brzusznej: pierwotnego usadowienia się prątka w narządzie chłonnym jamy brzusznej.

Dla paratyfusu brzusznego zaś znamiennym (patognomonicznym) objawem jest różyczka, wywołana przez prątki paratyfusu. O ich obecności przekonać się można przez badanie krwi, wydobytej z plamki różycowej. Ale pamiętać należy, iż obfita różyczka nawet bez badania krwi potwierdza rozpoznanie. Trudniejszą jest sprawa, gdy różyczki brak, lub gdy późno występuje. Wtedy należy się oryentować z przebiegu choroby.

Jeśli mamy chorobę gorączkową, w której żaden inny narząd nie jest wyraźnie dotknięty z wyjątkiem przewodu pokarmowego, tedy na zasadzie obrazu klinicznego łącznie z serologicznemi i bakteryologicznemi badaniami mamy prawo rozpoznać paratyfus brzuszny. Rozpoznanie, oparte wyłącznie na objawach klinicznych, daje powód do licznych błędów wskutek wielopostaciowości paratyfusu, który według Nettera przebiegać może klinicznie i jak dur o wielorakich odmianach, jak ostra gruźlica, zimnica (Carducci), grypa, płonica i wreszcie jako ogólne lub miejscowe cierpienie. To ostatnie pod postacią zapalenia nieżytowego płuc, opłucnej, wsierdzia i osierdzia.

Inne zakażenia przez prątki paratyfusowe B.

Mówiłem wyżej, iż niezależnie od narządu chłonnego mogą być dotknięte paratyfusem poszczególne narządy. Otóż w ostatnich czasach dość często spotykano podobne przypadki z następczą bakteryemią, lub też posocznicą. Najczęściej zachorowania powstają wskutek zakażenia narządów moczowopłciowych u kobiet.

a) Zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych paratyfusowe B. Bakteryemia w przebiegu paratyfusu zależy od przedostawania się prątków ze krwi do moczu. Przy pierwotnem schorzeniu narządów moczowopłciowych prątek przedostaje się przez cewkę, czemu sprzyja u kobiet jej krótkość i położenie wylotu.

Czemu należy przypisać, iż prątek paratyfusu wędruje dalej, niewiadomo. Widocznie prątek okrężnicy i paratyfusowy mają szczególne powinowactwo do cewki i pęcherza. W przypadkach opisanych przez Schottmüllera cierpienie powyższe występowało sporadycznie: niepodobna było wykazać styczności z innymi chorymi. W jednym przypadku poprzedzał sprawę nieżyt przewodu pokarmowego, który może wywołać zakażenie dróg moczowych.

Objawy są znane. Niekiedy cierpienia powyższe przebiegają pod postacią ciężkiej posocznicy. Po wygaśnięciu sprawy zapalnej prątki mogą się utrzymywać w moczu całemi latami, nie wywołując w dalszym ciągu żadnych objawów. Wprawdzie nie są wyłączone nawroty. Zdarzają się one jednak w 1—2. roku, następnie ustrój widocznie ulega uodpornieniu. Ciężkie postacie zapalenia miedniczek przebiegają z bakteryemią: dreszcz znamionuje wtargnięcie drobnoustrojów do krwi.

W przypadkach takich, pomimo, iż zarazek przedostał się do krwi bezpośrednio przez naczynia włoskowate, różyczki nie spostrzegano. A różyczka stanowi kardynalną cechę różniczkowo-rozpoznawczą pomiędzy paratyfusem brzusznym, a paratyfusem wogóle. Z innych objawów zauważono: powiększenie śledziony, leukocytozę (do 10.000 c. b.). Ciężarne kobiety są niewątpliwie szczególniej usposobione do zachorowania.

b) Choroby popołogowe paratyfusowe B. Prątek paratyfusowy B. wykrył Schottmüller dwukrotnie przy posocznicowych poronieniach, raz w czystej hodowli, czterokrotnie wspólnie z paciorkowcem gnilnym (streptococcus putridus). Prątki wyhodowano z szyjki macicznej i wielokrotnie ze krwi. Przypadki te przebiegały rozmaicie: niektóre lekko, inne zaś ciężko. Równolegle zdarzają się przypadki paratyfusowej gorączki połogowej, powikłanej w następstwie przez paratyfus brzuszny.

c) Zapalenie pęcherzyka żółciowego paratyfusowe B. Wspominałem już wyżej o 2 przypadkach Loreya i Sicka.

d) Zapalenie opon mózgowych i mózgu (polioencephalitis) paratyfusowe B (Bingel). Z ropy opon mózgowych, z innych narządów, oraz ze krwi Bingel wyhodował prątki paratyfusowe B. Odczyn surowicy dodatni.

e) Ropień płuca.

f) Zapalenie ucha środkowego i zatok.

O rumieniu krwotocznym, zapaleniu płuc, opłucnej, wsierdzia i osierdzia wspominałem wyżej.

W pewnej części przypadków, znanych w piśmiennictwie, należy przypuścić, iż ropnie w poszczególnych narządach, wywołane przez prątki paratyfusowe B, były pochodzenia przerzutowego. Prątek mógł się przedostać z jelit przy nieżycie przewodu pokarmowego i wywołać ropienie w stawach, mięśniach, skórze, gdyż posiada on własności ropotwórcze. W przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem, niejednokrotnie za życia wyhodowano

ze krwi prątki paratyfusowe B, które nie pozostawały w żadnym związku z zasadniczem cierpieniem. Widocznie gość z jelit, w których przebywał jako saprofit, wtargnął do krwi w ustroju silnie wyczerpanym i pozbawionym przez niszczącą chorobę odporności względem prątków paratyfusowych B. Wtargnięcie prątków tych do krwi niekiedy wywołuje odczyn w postaci dreszczów i gorączki.

II. Paratyfus A.

Epidemiologia.

Prątek paratyfusu A daleko rzadziej, niż prątek paratyfusu B, wywołuje cierpienie podobne do duru.

Choroba ta występuje w Niemczech wyjątkowo i sporadycznie. Daleko częściej spostrzegano ją w Ameryce (Gwyn), we Francyi (Netter), na Sumatrze (Baermann i Eekersdorff) oraz na Ceylonie (Castellani). Z naszych autorów ogłosił W. Ziembicki przypadek paratyfusu A w Nr 44. »Tygodnika lek. lwowskiego« z r. 1910*). Według danych Nicolle i Catkoir, na 66 durowych zachorowań w 16 stwierdzono prątki paratyfusu A. Według Kaysera (z higienicznego Instytutu w Strassburgu): na 505 przypadków duru w 473 przyczyną był prątek Ebertha, w 27 prątek paratyfusu B, a tylko w 5 prątek paratyfusu A.

Prątek paratyfusu A. znajdowano w wodzie i w treści jelit u zwierząt. W moczu go nie wykrywano. Pokarmy mogą być przenośnikami zarazy, szczególniej mleko i woda. Za wrota zakażenia służy przewód pokarmowy.

Morfologia i biologia prątka.

Prątek paratyfusu A pod względem morfologicznym i hodowlanym jest bardzo zbliżony do durowego. Na podłożach wytwarza kwasy, mleka nie ścina, indolu nie wytwarza. W ocukrzonych podłożach wywiązuje gazy, czem się też różni od prątka durowego. Na barwnych podłożach, używanych do zróżniczkowania drobnoustrojów, daje kolonie niebieskie, podobnie jak i prątek Ebertha. Prątek paratyfusowy A jest jadowity dla zwierząt. Nawet karmienie myszy i morskich świnek hodowlami wywołuje nieżyty jelit i posocznicę. Prątek opuszcza ustrój z kałem, bardzo rzadko z moczem. Oprócz tego znajdowano go w wydzielinie cewki, pochwy, w pęcherzyku żółciowym, a nadewszystko we krwi. W surowicy krwi chorych lub zwierząt doświadczalnych wywołuje powstawanie aglutynin. Miano aglutynacyi nigdy nie dochodzi do wysokich cyfr, (najwyższe 1:400, wyjątkowo znajdowano wyższe).

Po ukończeniu choroby aglutyniny szybko znikają ze krwi.

Surowica zawiera również i gatunkowe aglutyniny dla duru i paratyfusu B

Postacie.

Paratyfus A. występuje w dwóch postaciach podobnie, jak i paratyfus B, jako: a) ostry lub przewlekły nieżyt żołądka i jelit i b) paratyfus brzuszny A.

1) Nieżyt żołądka i jelit.

Objawy. W ostrych przypadkach biegunka, 8—10 wodnistych stolców na dobę, gorączka miernego stopnia. Choroba trwa około 10 dni. W stolcach i we krwi znajdowano prątki paratyfusu A, oraz stwierdzono dodatni odczyn surowicy.

W przewlekłych przypadkach, które mogą trwać do $^1/_2$ roku, biegunka (do 40 stolców dziennie, Bondi), w stolcach ropne grudki, obecność w nich prątków. W przypadkach Bondiego surowica sklejała obcy szczep paratyfusu A w stosunku 1:2000.

2) Paratyfus brzuszny A.

Objawy. Przebieg odpowiada durowi o średniem natężeniu. Zachorowanie poprzedzają zwiastuny: bóle głowy i może podniesienie ciepłoty. Czwartego lub piątego dnia choroby gorączka dochodzi do 39⁰—40⁰ C. i trzyma się na tej wysokości 8—10 dni z miernemi zwolnieniami. Gorączka ta o typie ciągłym bywa krótszą i niższą, aniżeli w durze Eberthowskim. Jednak zdarzają się przypadki, w których gorączka trwa 4—5 tygodni, ze stopniowymi spadkami. W cięższych przypadkach ciepłota spada niżej poziomu prawidłowego 8 dni, poczem dopiero wraca do poziomu prawidłowego. Niejednokrotnie w pierwszych dniach zdrowienia ciepłota podnosi się jeszcze ponad poziom prawidłowy po poprzednim spadku. Okres amfiboliczny zdarza się rzadko. Tętno zachowuje się jak w durze: względnie zwolnione i dwubitne. W pierwszym okresie choroby chorzy uskarżają się na bóle głowy i stężenie karku, niekiedy bóle brzucha i kończyn. Często trapi ich bezsenność, która później ustępuje miejsca śpiączce. Zdarza się silne zaczerwienienie twarzy, przekrwienie spojówek, śluzówki nosa i gardła, trwające kilka dni. W początkach bywają i krwotoki nosowe oraz istotne zapalenia gardła. W większości przypadków występuje różyczka na brzuchu, bokach i plecach. Brion i Kayser w jednym przypadku stwierdzili obecność prątków paratyfusu A w plamce różycowej. Różyczka ginie w przeciągu tygodnia. Bardzo rzadko zdarzają się wybroczyny podskórne. Opryszczek na wargach nie spotykano. Śledziona bywa powiększona, czasem też i wątroba. Zdarza się i lekka żółtaczka. Pęcherzyk żółciowy bywa również siedliskiem prątków, które w odpowiednich warunkach mogą wywołać jego zapalenie. Podobny przypadek opisał Blumenthal: z wyciętego wskutek kamienia pęcherzyka wyhodowano prątki paratyfusowe A. Ze strony przewodu pokarmowego spostrzegano biegunkę; stolce bywają grochówkowate.

Krew morfologicznie zachowuje się jak w durze: leukopenia, ze spadkiem ciepłoty względna limfocytoza, brak ciałek eozynochłonnych na szczycie choroby i ich powrót ze spadkiem ciepłoty; przy powikłaniach (np. silna biegunka i inne) leukocytoza.

Prątki obecne we krwi, jak w durze. Oprócz tego: lekki białkomocz gorączkowy, indykan i w 25% przypadków odczyn dwuazowy. Bakteryemię spostrzegano raz jeden. O zakażeniu dróg moczowych do tej pory nic niewiadomo. Ośrodki nerwowe bywają dotknięte: bezsenność, następnie śpiączka, bóle głowy, bredzenie i t. p. Z powikłań spostrzegano: zapalenie płuc i zakrzepy żylne. Również wielokrotnie spostrzegano powikłanie zasadniczej choroby przez paratyfus A.

Baermann i Eckersdorff opisali przypadek duru, powikłanego przez paratyfus A, Castellani mieszane zakaże-

---

*) Jestto czwarta praca o durze wrzekomym w piśmiennictwie polskiem. Nie mogłem o niej wspomnieć na początku mego artykułu, gdyż otrzymałem ją dopiero teraz. (Dopisek w korekcie).

nie prątkiem paratyfusu A i gronkowcem białym, Schottmüller zapalenie płuc i paratyfus A. Spostrzegano również zapalenie jajowodów i zapalenie otrzewnej gonokokowe, powikłane przez paratyfus A, zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek kamicowe, powikłane przez paratyfus A.

Przebieg paratyfusu A bywa łagodny. Śmiertelność wynosi 1%. Nawroty zdarzają się. Spostrzegano np. po 3-dniowym okresie bezgorączkowym ponowną gorączkę, różyczkę, oraz powiększenie śledziony.

Rozpoznanie. Obecność w początku choroby mnóstwa prątków paratyfusowych A w kale, brak aglutynacyi, a w dalszym przebiegu słaba aglutynacya wobec objawów ze strony dróg pokarmowych przemawia za nieżytem żołądka i jelit pochodzenia paratyfusowego A. Obecność prątków we krwi w braku klinicznych objawów duru przemawia za paratyfusem, lecz nie brzusznym. Obecność prątków paratyfusu A we krwi z objawami durowymi, szczególniej obecność różyczki, a co najważniejsza, wykrycie w niej prątków, przemawia stanowczo za paratyfusem brzusznym A.

I przy nieżytowej sprawie mogą być prątki we krwi. Wtedy mamy nieżyt paratyfusowy z bakteryemią.

Nie jest wyłączone, by prątek paratyfusowy A nie mógł wywołać schorzenia poszczególnych narządów z bakteryemią i posocznicą. Do tej pory jednak takie przypadki nie są znane.

Anatomia patologiczna. Dane są tu skąpe, gdyż materyału sekcyjnego do tej pory było niewiele.

Baermann i Eckersdorff stwierdzili rozlane nieżytowe, śluzoworopne zapalenie jelit cienkich i grubych. Śluzówka była obrzmiała, przekrwiona, grudki zaś nietknięte. Owrzodzeń nie było. Raz jeden spotkano obrzmienie gruczołów krezkowych, a w nich prątki paratyfusu A.

W przypadku Castellaniego stwierdzono kilka typowych owrzodzeń durowych w dolnej części jelita czczego, silne obrzmienie gruczołów krezkowych. W śledzionie i gruczołach krezkowych wykryto prątki paratyfusowe A w czystej hodowli.

Patogeneza. Należałoby tutaj powtórzyć to wszystko, com mówił o patogenezie duru i paratyfusu brzusznego. Przypomnę jedynie, że jak tam, tak i tutaj chodzi o swoiste schorzenie narządu chłonnego całego ustroju z przeważnym udziałem tego narządu w jamie brzusznej z wtargnięciem drobnoustrojów do krwi, skąd przedostać się one mogą do różnych narządów.

O posocznicach z prątkami Ebertha i paratyfusowych mówić będę później przy omawianiu spraw posoczniczych wogóle.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr phil. et med. Hermann von Schrötter: **Skizzen eines Feldarztes aus Montenegro** (Szkice lekarza polowego z Czarnogóry). (Urban et Schwarzenberg. Wiedeń 1913, 62 illustracyi. Cena 3 K 60).

Autor brał udział w austryackiej ekspedycyi sanitarnej po stronie czarnogórskiej. W barwnych opisach podaje wiązkę swych wrażeń z ostatniej wojny, zajmując się nietylko sprawą chirurgii polowej, ale uwzględniając też fizyografię i etnografię kraju. Ekspedycya pracowała w warunkach bardzo ciężkich, bo państwa związkowe bałkańskie bardzo źle przygotowały się do wojny pod względem sanitarnym. Przewożenie chorych napotykało na wielkie trudności techniczne, a zły transport był znowu często powodem wadliwego gojenia się ran. Autor podaje dużo praktycznych rad, mimo pozornej drobiazgowości istotnie ważnych; np. że każdy lekarz polowy powinien mieć przy sobie latarkę elektryczną, bo nieraz potrzeba opatrywać w ciemnościach, że twarde torby lekarzy polowych są bardzo niepraktyczne i lepiej zadanie to spełniają worki płócienne. Leki powinny być o ile możności w kołaczykach (tabletkach). Ekspedycye obce nie powinny być umundurowane, lub też należy wprowadzić międzynarodowy strój Czerwonego Krzyża. Co do ran, to postrzały karabinowe, zwłaszcza klatki piersiowej i brzucha, goiły się bardzo dobrze, a zakażenie mimo złych warunków zdarzało się tylko w 14—18%. Natomiast pociski armatnie powodują w połowie przypadków silne zakażenia. Coraz częściej spotyka się u żołnierzy mnogie zranienia, głównie od karabinów maszynowych (w jednym przypadku 18 ran postrzałowych), 80% zranień klatki piersiowej przebiega tak lekko, że ranni przychodzą do opatrunku pieszo, paląc papierosy i równocześnie plując krwią. Śmiertelność w szpitalach polowych było stosunkowo mała, bo wynosiła tylko 3—5%. Wobec ran postępuje się teraz ogólnie zachowawczo; pierwotne amputacye należą do rzadkości.

Żołnierzy trzeba w czasie pokoju pouczać pilnie o sposobie używania patronów opatrunkowych.

Obok zranień, dają się armiom bardzo we znaki choroby zakaźne i z tego też powodu bardzo potrzeba w wojnie prócz chirurgów, także internistów. Tak np. bardzo często w wojnie bałkańskiej zdarzał się dur, cholera, czerwonka i t. p., spostrzegano też ospę prawdziwą i dokonano wielu szczepień. Gdy szczepiono w okresie wylęgania, to ospa przebiegała w bardzo lekkiej postaci. W porze zimowej często spostrzega się zapalenia płuc i t. p.

Z ekspedycyi obcych najlepiej wyekwipowana była włoska, która przywiozła ze sobą przyrząd Röntgena; oddał on nieocenione usługi. Z państw bałkańskich najlepiej sanitarnie przygotowana była Serbia. Odżywianie wojsk Czarnogóry było bardzo dobre. Znakomite usługi oddawały przy przewożeniu chorych automobile. Bardzo potrzebną jest na wojnie instytucya samarytanek i o kształcenie ich powinny się rządy koniecznie starać.

Autor, aczkolwiek Niemiec, nie mówiący ani słowa żadnym językiem słowiańskim, porozumiewał się łatwo z rannymi, dzięki, jak mówi, wielkiej bystrości Słowian. Zdolność przyswajania sobie języków jest u Słowian według autora zdumiewającą. Wogóle wyraża się autor o Słowianach bardzo korzystnie, podnosząc ich hart ducha, męstwo, cierpliwość, zwłaszcza przy operacyach i bolesnych opatrunkach.

A. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Decker. **O niezłośliwych polipach odbytnicy i esowatej pętli.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Dawniej każdy krwotok z kiszki stolcowej, o ile nie pochodził z raka, uważano za pochodzący z guzów krwawniczych. Dopiero rektoskopia wykazała, że bardzo często przyczyną krwawień bywają polipy. Usuwa się je pętlą zimną lub Paquelinem. Pętlę zimną stosuje się, gdy polipy znajdują się w bańce odbytnicy (ampulla recti), Paquelin, gdy polipy sie-

dzą wysoko; trzeba do tego mieć specyalnie długie żegadło. Przy spaleniu wywiązuje się dym, który zasłania pole widzenia i dlatego osobną rurką musi asystent dym ciągle aspirować. Zwykle polipy te siedzą na cienkiej szypule i łatwo dają się usuwać. Zabieg zupełnie nie bolesny, daje się wykonać bez znieczulenia. K.

Capelle. **Nacięcie pęcherzyka żółciowego i pierwotny szew przewodu żółciowego przy kamicy żółciowej.** (Bruns Beitr. 78. III). W przeciwieństwie do Kehra wielu bardzo poważnych operatorów występuje stanowczo przeciwko szablonowi w leczeniu kamicy żółciowej w postaci polecania w każdym przypadku wycinania pęcherzyka i sączkowania przewodu wątrobowego. Jeżeli pęcherzyk żółciowy jest prawie prawidłowy, a po nacięciu jego dobywa się nietylko z niego, ale i z przewodu zupełnie jasna żółć, to nie powinno się go wycinać, bo reguluje on odpływ żółci i zapobiega zatrzymywaniu się jej w wątrobie, które może być szkodliwe. Nadto pęcherzyk dodaje do żółci śluz, przez co trzustka nie ulega podrażnieniu, jak to Flexner wykazał doświadczalnie. Pamiętać też należy o tem, że nawroty kamieni, jak sam Kehr twierdzi, w razie dokładnego usuwania kamieni i zupełnej drożności dróg żółciowych na leżą do rzadkości. I po wycięciu pęcherzyka mogą przecież pozostać kamienie w wątrobie samej. Nacięcie pęcherzyka jest wreszcie zabiegiem znacznie mniej niebezpiecznym, niż wycięcie. O ile możności powinno się też szyć pierwotnie przewód żółciowy na głucho, a nie sączkować przewodu wątrobnego, co razem z wyciąganiami, rozszerzaniami przewodu, rozciąganiami rany, trwającemi nieraz miesiące, stanowi dla chorego większy zabieg, niż operacya sama. Szew pierwotny prawie zawsze trzyma bardzo dobrze. A.

Hildebrandt. **Uśpienie chloroformowe i schorzenia wątroby**. (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Jednem z najstraszniejszych powikłań uśpienia chloroformem, bo nieraz śmiertelnem, jest t. zw. późne zatrucie, cechujące się obrazem sekcyjnym, przypominającym ostry żółty zanik wątroby. Klinicznie cechuje się to późne zatrucie tem, że w 12— 24 godzin po uśpieniu występują na nowo wymioty, często fusowate, tętno się przyspiesza, chory staje się niespokojny, potem apatyczny; moczu wydziela się niewiele, zawiera on białko i aceton; po 1—5 dniach śpiączka; śmierć; ew. przedtem żółtaczka, bredzenia i t. p. Jest to powikłanie tak straszne, a niespodziewane, że aby go uniknąć, powinniśmy zawsze przed decyzyą co do uśpienia zbadać dokładnie czynność wątroby. Niestety, prób dokładnych w tym celu nie mamy; prócz wywiadów, dokładnego badania klinicznego, powinniśmy przynajmniej zbadać mocz co do urobiliny, a w razie obecności jej zaniechać uśpienia chloroformem, zwłaszcza że możemy obecnie uśpienie przez wdychiwanie zastąpić innymi sposobami znieczulenia. A.

Witzel. **Ogólne uwagi o leczeniu przepuklin, zwłaszcza przepukliny olbrzymiej.** (Münch. med. Woch 1913 Nr 10). W. jest stanowczym przeciwnikiem paska tak u dorosłych, jak i u dzieci. Wszelkie wyleczenia pod paskiem z wyjątkiem przepukliny pępkowej u dziecka, która leczy się nawet sama przy odpowiedniem postępowaniu, uważa W. za złudne, bo nawet po latach przepuklina potem nagle może powrócić i uwięznąć. Prócz stanu ogólnego, nie ma zdaniem W. przeciwwskazania do doszczętnej operacyi przepukliny, bo można zoperować nawet i największą przepuklinę, jak tego dowodzi przypadek, operowany przez W. Nie operowano dotąd przepuklin ogromnych, bo jak mówiono, nie ma dla ich treści miejsca w jamie brzusznej. Tak nie jest. Miejsce się znajdzie, trzeba tylko chorych do operacyi odpowiednio przygotować przez ułożenie, przeczyszczanie, a co najważniejsze przez przyzwyczajanie oddechu do zmienionych warunków w jamie brzusznej zapomocą silnego krępowania brzucha. W opisanym przez siebie przypadku W. postąpił w ten sposób, że najpierw podniósł z olbrzymiego guza o ile się dało fałd skóry do góry, przewiązał go, potem okroił skórę worka aż do otrzewnej, oswobodził wrota, wprowadził najpierw przy zamkniętym ciągle worku otrzewnej do jamy brzusznej jelito cienkie, a dopiero na końcu otworzył worek, oswobodził jelito grube, poprzecinał zrosty sieci i wsunął resztę zawartości worka do jamy brzusznej, potem zaszył otwór przez stopniowe podciąganie brzegów ku środkowi ze wszystkich stron i zespolenie ich drutem. A.

Fromme i Rubner. **Badanie czynności nerek zapomocą fenolsulfonftaleiny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Próba Rowntree i Geraghty, acz bardzo dobra, nie jest wolna od pewnych wad, jak o tem przekonali się autorzy, badając zapomocą niej zdrowe nerki u 120 osób. Przedewszystkiem wartość mają tylko wstrzykiwania śródżylne, bo po innych wydzielanie się fenolsulfonftaleiny jest bardzo rozmaite. Pewne wyniki osiągnąć można dopiero, badając procentowo ilość wydzielanego środka w trzy godziny, bo przedtem wahania są bardzo znaczne. A.

Quervain. **O nowoczesnem leczeniu gruźlicy kości i stawów.** (Sem. med. 33. S. 3—7). Leczenie zachowawcze gruźlicy kostno-stawowej, szczególnie w młodym wieku, zyskuje coraz to więcej zwolenników, zwłaszcza że obecnie przez leczenie klimatyczne, a zwłaszcza słońcem, osiąga się znakomite wprost wyniki. Wogóle mówiąc, chirurgicznego postępowania wymagają chyba tylko ogniska tylko w kości położone, celem zapobiegnięcia dostania się procesu w części miękkie. Niezłe usługi oddają promienie Röntgena. u dzieci nie możemy ich jednak zawsze spokojnie i dowolnie stosować. Unikać należy zbyt długiego leżenia w łóżku i dlatego o ile możności zakładać należy opatrunki do chodzenia, o ile nie może być przeprowadzoną kuracya klimatyczna.

Co do pojedynczych stawów, to przy kolanie a stopie u dorosłych operacya oddaje dobre usługi; u dzieci zaś jest to już ultimum refugium. Natomiast przy gruźlicy łokcia, ręki, nawet u dorosłych przez zabiegi zachowawcze osiąga się nieraz dobre wyniki. Przy gruźlicy biodra stosujemy większe zabiegi jedynie w razie istniejących przetok lub po wygojeniu celem poprawy pozycyi.

Próbować jednak należy zawsze przed operacyą leczenia światłem, jodoformem, ew. Röntgenem, a wczesny zabieg jest dozwolony, gdy mamy pewność, że ognisko jest w kości tak odgraniczone, iż możemy odrazu chorobę usunąć w zarodku bez wpłynięcia szkodliwego na dalszy wzrost kości. A.

Butzengeiger. **Doświadczenia z »Mesbé« przy gruźlicy chirurgicznej**. (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 3. S. 128). Mesbé stosowano miejscowo przy przetokach gruźliczych w postaci czystej lub w postaci 50% maści. Wyniki podług autora wypadły bardzo dodatnio. Środek zastosowano u 7 chorych. U 4 z tych chorych przetoki wygoiły się już po 10 tygodniach, u 3 chorych otrzymano bardzo wyraźne polepszenia. Na wzmiankę zasługuje jeden z przypadków, w którym przy zastosowaniu mesbé za każdym razem występował odczyn miejscowy po 5—6 godzinach. Odczynowi towarzyszyły bóle, podniesienie ciepłoty 38°—39° i obfite wydzielanie się ropy. Autor uważa mesbé za środek swoisty w stosunku do gruźlicy.

Miecz. Michałowicz.

Keppler. **Krwawe złożenie źle ustawionych odłamków kostnych.** (Deut. Zft. f. Chirurg. 121 I—II). K. zachęca w przypadkach cięższych, gdzie trudno w zwykły sposób zestawić odłamki, do t. zw. krwawego złożenia kości, zalecanego przez Schlangego i Clairmonta. Polega ono na tem, że z małego cięcia staramy się zapomocą haków, podważki i ciągnięcia ustawić odłamki o ile możności dobrze, t. j. by zęby jednego odłamka weszły w zagłębienia drugiego, przez co zaklinujemy kości w położeniu idealnem. Gojenie się następuje rychło i dobrze, a żadnych ciał obcych nie zostawiamy. W ten sposób leczono w klinice Biera 40 przypadków (29 złamań przedramienia, reszta zła-

mania ramienia). Jak to na rentgenogramach stwierdzono, wyniki osiąga się przytem znakomite. K.

Vulpius. **O zesztywnianiu biodra.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 13). Dotąd zesztywnianie biodra w wieku dziecięcym mało było stosowane, a jednak zabieg ten jest nieraz wskazany. Wykonywanie tego nie jest trudne, a polega na odświeżeniu główki kości udowej (po odcięciu więzadła obłego) i panewki łyżeczką i założeniu opatrunku gipsowego (w lekkiej abdukcyi i skręceniu na zewnątrz), sięgającego od żeber aż do stopy, na 3—4 miesięcy. Czynność kończyny poprawia się potem znacznie, objaw Trendelenburga, boczne zapadanie się miednicy znika, chory leżąc może podnosić z posłania kończynę z pomocą miednicy, unoszonej przy pomocy mięśni brzucha. Nawet może chory siadać, wyginając przytem kręgosłup ku tyłowi. K.

Vulpius. **W sprawie leczenia wewnętrznych uszkodzeń stawu kolanowego.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 9). Z uszkodzeń kolana bardzo ważne, bo częste, a nieraz opierające się długo leczeniu, są uszkodzenia chrząstek półksiężycowatych. Zdania są podzielone co do tego, w którem miejscu chrząstka najczęściej zostaje uszkodzoną, jedni twierdzą, że chrząstka najczęściej odrywa się od przodu i tyłu, inni, że na szczycie swej wypukłości, co też Vulpius potwierdza, bo po urazie bywa tu ból najsilniejszym. Co do postępowania, to V. leczy w ten sposób: Zaraz po urazie bezwględny spokój, okłady; odprowadzenie chrząstki, gdy nie leży na miejscu. Gojenie trwa 5—6 tygodni. Jeżeli potem występują objawy wypadania chrząstki i wysięki, operacya doszczętna, która jednak czasem nie daje zupełnie dobrych wyników, bo pozostaje nadal wyszczuplenie i niepewność nogi. Z tego powodu próbował też V. innego sposobu leczenia, mianowicie starał się przez wywołanie podrażnienia chrząstki (przez wstrzykiwanie kilku kropli alkoholu) pobudzić rozwój zrostów. Po wstrzyknięciu nadęcie stawu tlenem i opatrunek ustalający na 6—8 dni. Występuje potem lekki wysięk, a podrażnienie trwa do 3 tygodni, w czasie czego miesi się mięśnie uda. Wyniki, jak dotąd, ma V. bardzo dobre. K.

Le Dentu. **Wiąd rdzenia a złamanie rzepki.** (Acad. de med. XI. 1912). Złamanie rzepki przy wiądzie rdzenia nie należy do rzadkości, ale często nie bywa zauważone, a to z tego powodu, że powstaje nieraz bez wyraźnego urazu (wskutek wielkiego rozrzedzenia kości). Również i objawy, towarzyszące temu złamaniu, bywają nieznaczne, bólu nie ma, a chód chorych i tak jest już upośledzony. Bywają też przypadki, że złamanie rzepki, powstałe bez wybitnego urazu, budzi dopiero przypuszczenie wiądu rdzenia. Leczenie wiądowych złamań rzepki jest bardzo niewdzięczne. Wiadomo, że w 25% złamań kości przy wiądzie nie następuje zrost kostny. Nawet zwykły szew nie jest pewnym, bo w 10% ponawia się potem złamanie. Trzeba tu więc szyć szczególnie skrupulatnie podwójnym drutem metalowym w kierunku pionowym, dokładnie przystosować odłamki i skrupulatnie końce dociągnąć. K.

Spitzy. **W sprawie wyzyskania sił oddechowych w leczeniu skrzywień kręgosłupa.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 11). Dotychczasowe sposoby leczenia skrzywienia kręgosłupa starają się tylko od zewnątrz naprawić to, co stało się pod działaniem sił wewnętrznych. Bezwarunkowo najlepiej leczy się sam ustrój i dlatego powinniśmy się starać o ile możności wszędzie te naturalne siły wyzyskiwać. W leczeniu skrzywień ustalonych gimnastyka, gorset i t. p. oddają usługi, ale stosunkowo bardzo skromne. Natomiast zużytkowaćby można z lepszym skutkiem do leczenia skrzywień kręgosłupa mechanizm oddechowy, a to w ten sposób, by zmuszać do forsownego oddechu stronę zapadniętą, a powstrzymywać wypukłą. Sposób ten zalecił Abbolt, a S. donosi o 14 przypadkach, leczonych w ten sposób z bardzo pomyślnym skutkiem. Zakłada się opatrunek gipsowy przy zgiętym ku przodowi kręgosłupie i kończynach przyciśniętych w biodrach, modeluje się dokładnie na talerzach biodrowych (by powstrzymać oddychanie brzuszne), a potem wycina się okno po tej stronie, którą chcemy oddechem silniej rozwinąć. Leczenie tymi opatrunkami trwa mniej więcej 12 tygodni. Można też w wyciętem oknie po stronie wypukłej przez ucisk poduszeczkami powstrzymywać ruchy oddechowe, by odbywały się silniej po stronie zapadniętej. K.

Laryngologia i otyatrya.

Bárány. **Brak pobudliwości kalorycznej dla drżenia oczu po prawej stronie przy utrzymaniu ruchów odczynowych na bodźce kaloryczne u chorego operowanego z powodu mylnie rozpoznanego nowotworu móżdżkowomostowego.** (Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1912, Nr 12). U chorego, przedstawionego w austr. Towarzystwie otologicznem, stwierdza się: 1) silne poziome samoistne drżenie oczu na prawo, 2) głuchotę zupełną na uchu prawem, 3) brak samoistnego zboczenia przy próbie porażania, 4) samoistne zataczanie się ku stronie prawej, 5) brak wpływu wystrzykiwania prawego ucha wodą zimną lub gorącą na drżenie oczu, 6) brak bólu głowy i 7) brak tarczy zastoinowej, 8) porażenie nn. twarzowego, trójdzielnego, językowo-gardłowego i dodatkowego. Po stronie lewej stosunki prawidłowe. Objawy pod 1, 2, 4, 5, 8, każą przypuścić ognisko na podstawie mózgu w tylnym dole czaszkowym, choć reszta objawów temu się sprzeciwia. (Obacz »Sprawozdanie poglądowe« sprawozdawcy w »Przegl. lek.« 1912, listopad). Rozpoznano nowotwór w kącie móżdżkowomostowym. Operacya dała wynik ujemny. Sześć miesięcy po operacyi znalazł B. stan ten sam. Jednakże badanie ruchów odczynowych wydało następujący bardzo ważny wynik. Przy wystrzykiwaniu ucha prawego występowało silne typowe zboczenie obu ramion i padanie na prawo względnie na lewo, zależnie od ciepłoty wody do wystrzykiwania używanej, obok uczucia zawrotu głowy, jakby to odpowiadało odpowiedniemu drżeniu oczu, którego jednak tu nie było. Na podstawie tego wyniku można z wszelką pewnością wyłączyć porażenie obwodowe n. przedsionkowego. Porażenie odczynu nystagmusowego należy zatem odnieść do zmiany śródrdzeniowej, do zajęcia jądra Bechterewa lub tylnego pęczka podłużnego, natomiast droga od zakończeń n. przedsionkowego do miejsca odejścia włókien obocznych do móżdżku była nietknięta. — Przypadek ten dowodzi praktycznego znaczenia odczynów pokazania i padania. Ciekawem jest też, że mimo braku odczynu drżenia oczu wystąpił zawrót głowy, co dowodzi, że drżenie oczu względnie podrażnienie jąder nn. ocznych nie jest konieczne dla powstania uczucia zawrotu głowy, że zatem droga ta prawdopodobnie idzie przez móżdżek, ramiona łączące (Bindearme) i jądro czerwone, jak to autor przy innej sposobności wywodził. Spira.

Spiess. **Zachowawcze leczenie przerosłych migdałków podniebiennych.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1912, Nr 12). Autor nie pochwala rozpowszechnionego w obecnej dobie szablonowego doszczętnego wycinania migdałków. Dopóki nie zostały ściśle określone fizyologiczne zadania migdałków, dopóty bezkrytyczne usuwanie migdałków nie jest dozwolone. Przy wskazaniach do operacyi należy uwzględnić, że migdałki podniebienne, tak samo jak gardłowe, podlegają przemianie wstecznej, kończącej się zwykle w 20. r. ż. Dlatego u dorosłych całkowite usunięcie migdałków może być obojętnem, a dzieci zaś nie. U dzieci należy się starać wszelkimi sposobami zmienione migdałki istotnie leczyć, a nie usuwać. W wielu przypadkach można wyleczenie osiągnąć metodą zachowawczą, polegającą na dokładnem oczyszczeniu jamek migdałkowych zapomocą haczyka migdałkowego, uzbrojonego watą, zamoczoną w 5% roztworze nowokainy. Leczenie to należy prowadzić przez 3—4 tygodni; tylko w razie ogólnej choroby zakaźnej, jak gośćca stawowego, zapalenia wsierdzia i t. p. wskazane jest doszczętne usunięcie migdałków. Migdałki, które przez ogromny

rozrost sprawiają zaburzenia w oddychaniu i w połykaniu, zaleca S. wycinać częściowo. Spira.

Fein. **O patogenezie dwu powikłań po wycięciu wyrośli gruczołowatych.** (Monatsschr. f. Ohrenh. 1913, Nr 2). Zdarza się nierzadko, że 2—4 dni po wycięciu migdałka trzeciego dzieci operowane trzymają głowę sztywnie prosto, rzadziej pochyloną ku jednej lub drugiej stronie. Stan ten trwa zwykle 1—2 tygodni. Po krytycznem rozpatrzeniu tłómaczeń tego stanu, podanych przez różnych autorów, wywodzi F. na podstawie 5 własnych, dokładnie badanych spostrzeżeń, że siedziby przyczyny tego nieprawidłowego trzymania głowy szukać należy w mięśniach karku. Przez dowolne lub mimowolne podniesienie i silne odgięcie ku tyłowi głowy dziecka, broniącego się gwałtownie podczas operacyi, mięśnie karku silniej się napinają i kurczą, przyczem przychodzi do mocnego szarpania, a nawet rozerwania pojedynczych włókien nadmiernie napiętych mięśni, co daje powód do następnej sztywności karku. Za tem tłomaczeniem przemawia też okoliczność, że powikłanie to występuje prawie wyłącznie u dzieci, które podczas operacyi zachowują się niesfornie. — Drugie powikłanie tyczy się wymowy. Zdarza się bardzo często, że mowa nosowa, która już istniała przed operacyą, po operacyi zamiast się poprawić, jeszcze się pogarsza, z tą jednak różnicą, że z mowy nosowej z zamknięcia (rhinolalia clausa) staje się mową nosową otwartą (rh. aperta). Otóż F. wywodzi, że stan ten nie jest następstwem zaniku podniebienia miękkiego z powodu długiej nieczynności, jak sądzą inni, lecz skutkiem porażenia podniebienia w następstwie silnego szarpania podczas operacyi łyżeczką ostrą pod ostrym kątem zagiętą, do operacyi używaną. W obu zatem powikłaniach chodzi o urazowe uszkodzenie mięśni i o stan nieszkodliwy, prędko przemijający. Spira.

Barany. **Studya nad odruchem kichania.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1910 Z. 2). W odruchu kichania można odróżnić 4 okresy: Przy dotknięciu np. przedniej części małżowiny średniej nosa osoba badana czuje w pierwszej chwili łechtanie w nosie, następnie ściąga czoło w górę, otwiera usta, wdycha głęboko i zwraca całą uwagę na nastąpić mający akt kichnięcia. W tym okresie podnieta może jeszcze przejść bez kichnięcia. Jeżeli zaś odruch dojdzie do skutku, następuje zamknięcie szpary głosowej, nosa przez podniesienie podniebienia miękkiego, ust przez przyciśnięcie języka do podniebienia, które to zamknięcia zostają przerwane przez nagły silny wybuch wydechowy. Z czynnością tych mięśni łączą się współruchy innych mięśni, szczególnie głowy, ale też kończyn górnych i tułowia. Przez tarcie nosa, podniebienia, lub przez inne silne bodźce czuciowe można odruch powstrzymać, o ile on się znajduje jeszcze w okresie utajonym lub w początku okresu przygotowania. W tem hamowaniu odruchu kichania mamy typowy przykład hamowania odruchu przez bodziec czuciowy. Autor omawia różne postacie hamowania spraw nerwowych i przyjmuje, że zahamowanie odruchu kichania następuje w ten sposób, że część energii kinetycznej, powstrzymanej w swem rozbrojeniu, staje się utajoną, druga część prawdopodobnie rozdziela się, odprowadzona po innych torach. Spira.

Stenger. **O powikłaniach ostrego ropienia ucha środkowego.** (Medizinische Klinik. 1912). Autor podaje liczne wskazówki dla wczesnego rozpoznania ostrego zapalenia ucha środkowego. Badanie powinno uwzględnić po kolei: 1) ogólny stan zdrowia, przyczynę choroby, jej przebieg i dotychczasowy rozwój, 3) ciepłotę, 4) tętno, 5) dolegliwości podmiotowe, 6) zewnętrzne, miejscowo wykazalne zmiany chorobowe, 7) stan błony bębenkowej, 8) sprawność narządu słuchowego. Prócz tego należy zawsze śledzić za ewentualnie równocześnie istniejącemi chorobami innych narządów. Pod względem leczenia podnosi autor ważność wczesnego, względnie powtórzonego przebicia błony bębenkowej, przez co często zapobiedz można powikłaniom. Przytem nie należy nigdy zaniechać badania drugiego ucha. Wczesna operacya przy powikłaniach jest tem ważniejszą, że przez nią można nieraz nawet w pozornie beznadziejnych przypadkach zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego osiągnąć bardzo dobre wyniki. Przy operacyi trzeba starać się nietylko o dokładne usunięcie ogniska chorobowego lecz także o utrzymanie sprawności narządu słuchowego, dlatego wykonanie zabiegu należy do lekarza specyalisty. Doświadczenie uczy, że liczba powikłań zależy od sposobu leczenia. Każde ostre ropienie ucha należy w początku uważać za chorobę poważną. Nieraz zdarza się, że dolegliwości zależne od już wyleczonej choroby usznej brane bywają za samodzielne objawy chorobowe. Tylko wczesne i trafne ocenienie wszystkich objawów może choremu przynieść korzyść i dlatego przy każdem badaniu lekarskiem uwzględnić należy wywiady i wyniki badania narządu słuchu. Spira

---

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 19. lutego 1913.

Przewodniczący: Kol. Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1. Kol. Sterling: **Postaci kliniczne przewlekłych suchot płuc.** Prelegent mówił o potrzebie klasyfikowania rozmaitych postaci klinicznych suchot przewlekłych wogóle, podniósł braki, które posiada najpopularniejsza z przyjętych, a mianowicie klasyfikacya Turban-Gerhardta, mówił o zawiłości układu Barda i Pieryego, przytoczył istniejące inne klasyfikacye suchot i podał projekt klasyfikacyi własnej, będącej rozwinięciem i dopełnieniem najstarszego podziału klinicznego suchot przewlekłych.

Według tego projektu rozróżniamy:

I Phthisis incipiens
- a) latens
- b) manifesta
  - stationaris
  - progrediens
    - acuta
    - chronica

II. Phthisis declarata
- fibrosa
- fibro-caseosa
- caseosa
  - stationaris
  - progrediens
    - acuta
    - chronica
      - localisatio

III. Phthisis consumata
- fibrosa
- fibro-caseosa
- caseosa

(Rzecz wyszła w całości w »Odczytach klinicznych«, wydawanych przez »Gazetę Lekarską«).

2. Kol. Lange przedstawił szereg **klisz rentgenograficznych,** przedstawiając rozmaite postacie przewlekłych suchot płucnych. Pokazy były poprzedzone kilkoma słowy o stosowaniu prześwietlań płuc, jako metody rozpoznawczej. Sonnenberg.

---

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Dyskusya w sprawie **wrzodu dwunastnicy:** a) Schmieden (Berlin): Przy badaniu cenne usługi oddają promienie

Röntgena. Jedną z głównych przyczyn powstawania wrzodu jest bezwątpienia zmieniony kształt żołądka, powodujący zatrzymywanie się dłuższe pokarmów w dwunastnicy, co nie następuje w warunkach prawidłowych. Wiele zmian, spostrzeganych zapomocą promieni Röntgena, uważać należy nie za skutek, lecz za przyczynę powstawania wrzodu dwunastnicy. b) Friedrich (Królewiec) spostrzegał 16 przypadków schorzeń dwunastnicy i trzustki. Zwężenia i krwotoki występują głównie przy raku dwunastnicy. c) Bier (Berlin) z dotychczasowych wyników operacyi (gastroenterostomia i zwężanie odźwiernika) nie jest bardzo zadowolony. d) Kolb (Heidelberg) jest przeciwnego zdania; zwęża odźwiernik paskiem powięzi szerokiej. e) Poelcker (Heidelberg). Celem uniknięcia »circulus vitiosus« trzeba zaznaczać sobie miejsca połączenia »in situ«, a nie po wydobyciu trzew na zewnątrz. f) Hofmeister (Stuttgart) postępuje przy wrzodach dwunastnicy doszczętnie ew. używa sposobu Eiselsberga. g) Kelling (Drezno). Rozróżnienie wrzodu żołądka od wrzodu dwunastnicy bywa często bardzo trudne. Przy silnych krwotokach stosuje K. worki z piaskiem i nadyma jelito grube. h) Boit (Królewiec). Krwotoki małe występują i przy innych cierpieniach. B. operuje doszczętnie tylko wtedy, gdy po otwarciu jamy brzusznej wrzód można wprost widzieć lub wyczuć. i) Schmidt (Halle) przeczy, by wrzody dwunastnicy nie mogły się wygoić same; dowodziłoby to bezskuteczności wszelkich naszych sposobów leczenia, nawet łagodząco-chirurgicznych.

Thies (Giessen). **Leczenie ostrych chirurgicznych zakażeń rytmiczną zastoiną.** Zamiast ciągłej zastoiny Biera zaleca T. zastoinę rytmiczną (1—2 minut zastoiny, potem tyleż przerwy), do czego służy przyrząd na wzór przyrządu Perthesa. Sposób ten ma przedewszystkiem tę zaletę, że można go stosować bez przerwy kilka dni. Nie tworzy się przytem za duży obrzęk, kończyna pozostaje ciepłą, nie ma obawy zgrorzeli, śródbłonki naczyń nie ulegają uszkodzeniu, nie występuje nigdy »gorączka zastoinowa«, co po zdjęciu opaski przy zwykłej zastoinie często się zdarza.

Vorschütz (Kolonia). **Leczenie spraw posokowatych podawaniem alkaliów.** W klinice Tilmanna przy sprawach posokowatych stosuje się z dobrym skutkiem alkalia w dużych dawkach, na podstawie doświadczeń na zwierzętach. Alkalia działają tu korzystnie: 1) katalitycznie, 2) zachowując płyn w tkankach, 3) pobudzając nerki do energicznego działania, 4) pobudzając gruczoły wydzielnicze, zwłaszcza przewodu pokarmowego (apetyt), 5) podnosząc ciśnienie krwi.

Girard (Genewa). **Dysphagia et dyspnoe lusoria.** Utrudnienie łykania i oddechu w rzadkich przypadkach polegać może na ucisku przełyku i tchawicy przez tętnicę podobojczykową prawą, jeżeli ona przebiega atypowo, wychodząc z lewej strony z łuku aorty i biegnąc poprzecznie do kończyny prawej. Dwa takie przypadki G. operował, przymocowując tętnicę (arteriopexia) do mostka z pomocą ścięgnistego brzegu mięśnia mostka sutkowoobojczykowego.

Tiegel (Dortmund). **O samoistnem gojeniu się ran płuc.** Rany płuc mają wielką skłonność do szybkiego gojenia się, a blizny są bardzo mocne (doświadczenia na psach).

W dyskusyi zaznacza Burckhardt, że przy odmie piersiowej występuje zakażenie o wiele łatwiej. Guleke wyraża zdanie, że o ile drążące rany klatki piersiowej leczyć można zachowawczo, o tyle przy zranieniach brzuszno-piersiowych prawie zawsze trzeba interweniować, i to najlepiej od strony opłucnej. Schumacher omawia zatory płuc i operacyę Trendelenburga. Operacya ta rzadko wiedzie do celu, bo w przypadkach zupełnego zatkania tętnicy płucnej zwykle śmierć następuje bardzo rychło. Tosamo podnosi Löwen, który przy zabiegu zamiast uciskać tętnicę płucną i aortę, zaciska podług Rehna obie żyły główne i wstrzykuje do serca adrenalinę.

Zondek (Berlin). **W sprawie budowy kostniny** (praca doświadczalna).

Friedrich (Królewiec). **Wpływ rozległej resekcyi klatki piersiowej na rozedmę płuc.** F. po wycięciu mięsaka klatki piersiowej wraz z żebrami spostrzegał znakomity wpływ na rozedmę płuc.

Klopp (Berlin) przedstawia nowy **przyrząd do operacyi w klatce piersiowej** pod wyższem ciśnieniem, zapobiegający wymiotom i wzdęciu żołądka, a bardzo prosty.

(C. d. n.).

Higiena, epidemiologia, statystyka.

Ospa w Łodzi w r. 1912.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego w d. 5 marca r. 1913).

napisał

Dr Stanisław Skalski.

(Ciąg dalszy).

Przeglądając szczegółowo adresy zmarłych na ospę w roku zeszłym, dostrzegamy wprost zgrozą przejmujące fakty wymierania na ospę całych seryi dziatwy w szeregu domów przy jednej i tej samej ulicy, w jednym i tym samym domu, ba, w jednem i tem samem mieszkaniu. Trwało to niekiedy czas dłuższy, obejmowało rodziny różnych wyznań w sąsiedztwie mieszkające, niekiedy zaś dzień po dniu wiózł ojciec na cmentarz swe dzieciny w liczbie dwu, trzech, czterech, zmarłe na chorobę, na którą dziś w Europie zachodniej już nikt prawie nie umiera, ani nie choruje.

Tutaj bardziej niż kiedykolwiek staje się widoczną potrzeba obowiązkowego zawiadamiania — najlepiej ze strony rodziny chorego — o każdym przypadku zapadnięcia na chorobę zakaźną oraz regestracya przyczyn śmierci i ogłaszania cotygodniowego odnośnych wykazów, ku czemu są obowiązane zarządy miejskie wszystkich krajów cywilizowanych już nietylko w myśl uchwał międzynarodowych kongresów statystycznych: paryskiego z r. 1855, wiedeńskiego z r. 1857, dopełnionych na kongresie peszteńskim w r. 1876 uchwałą, zalecającą ogłaszanie cotygodniowych wykazów o ruchu ludności w miastach, liczących powyżej 100.000 ludności, lecz i według prawa rosyjskiego z d. 11 grudnia 1902. Prawo to, ogłoszone w formie ukazu, było wynikiem uporczywych starań i przedstawień ze strony lekarza higienisty miasta Warszawy, Dra J. Polaka, czynionych władzom wyższym krajowym w r. 1898 co do konieczności rozszerzenia obowiązku regestrowania przyczyn śmierci, według wzoru warszawskiego, stosowanego w stolicy od r. 1876. Na liście kilkudziesięciu miast w Królestwie obok gubernialnych spotykamy w owym ukazie i miasta powiatowe, a wśród nich Łódź[4]). Prawo to nie jest wykonywane w Łodzi od 1. I. 1910, kiedy je zniesiono, czy zawieszono, podobno wskutek nieporozumienia, dla miasta, liczącego obecnie 525.000 ludności.

Gdyby w Łodzi obowiązywało prawo o zawiadamianiu władz ze strony rodziny osoby dotkniętej chorobą zakaźną, gdyby istniała chociażby tylko regestracya przyczyn śmierci, mógłby umrzeć na daną chorobę zakaźną jeden chory, ale śmierć jego zmusiłaby kogo należy do odkażenia mieszkania zmarłego, jego odzieży, sprzętów, i choroba zostałaby stłumiona w samym początku, gdy dziś...

Tutaj też chcieliśmy powiedzieć słów parę o środkach, jakie zostały zastosowane przez władze miejskie, czy inne, oraz przez instytucye względnie osoby prywatne w celu zwalczenia ospy, a przynajmniej w celu walki z tą chorobą.

Akcyę całą wszczęło Towarzystwo lekarskie łódzkie, przejęte zgrozą wobec znacznej liczby zmarłych na ospę w r. 1911. Odezwy rozesłane przez Towarzystwo nie przebrzmiały bez echa. Duchowieństwo miejscowe zareagowało na nie i nawoływało wiernych do poddawania siebie i swoich szczepieniom ochronnym. Toż samo czyniła prasa łódzka. Niepodobna winić ani du-

---

[4]) Patrz »Wykład higieny miast« Dra med. J. Polaka, str. 552.

chowieństwa ani prasy, że nie umieli wskazać poza cyrkułami policyjnymi miejsc bezpłatnego szczepienia, gdy miejsc takich, i to nic wspólnego z zarządem miejskim nie mających, było zaledwie trzy (ambulatoryum bezpłatne przy Tow. dobroczynności chrześcijańskiem, takież ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich dla żydów, oraz ambulatoryum przy szpitalu Anny Maryi dla dzieci).

Lekarze, a raczej felczerzy cyrkułowi zaszczepili, jak mi to łaskawie zakomunikowali kol. Gorski i Łuczycki, ogółem 13038 osób, z czego na cyrkuł I. przypadło 3500, na II. — 3311, na III. — 1304 (w tem 260 rewakcynacyi), na IV. — 1636 na V. — 1745, na VI. — 1542. Żadnych szczegółów co do wieku szczepionych nie posiadamy, brak nam również danych co do wyników szczepienia oraz podziału na pierwsze i powtórne szczepienia — wyjątek stanowi cyrkuł III.

Wśród 13038 osób, którym ospa została zaszczepiona, są również ci dorośli, względnie dzieci, którym szczepili ospę umyślnie w celu zmniejszenia ilości nieszczepionych w Łodzi zaangażowani 3 lekarze i 3 słuchacze Wydziałów lekarskich uniwersytetów rosyjskich. Pobierali oni po 75 rb. miesięcznie z kasy miejskiej oraz dostawali materyał do szczepień na koszt miasta. Szczepienia odbywały się na podwórzach każdego domu, dokąd szczepiący wchodzili w asyście stróżów domów i policyi. Szczegółów co do wyników ich pracy nie posiadamy. Zaangażowani zostali na żądanie inspektora lekarskiego gub. piotrkowskiej Dra Tieplaszina, którego przeraziła śmiertelność z ospy w Łodzi w r. 1911, ujawniona na zasadzie naszych obliczeń.

W ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich zaszczepiono ospę 127 osobom. Ta nikła cyfra powinna przekonać, kogo należy, że jeśli ospę zwalczyć chcemy drogą gromadnych szczepień ochronnych, to nie wolno nam czekać, aż ludzie zgłoszą się do szczepienia, lecz samym należy iść do ludzi ze szczepieniem. Ambulatoryum ogłaszało w pismach łódzkich rok niemal cały o bezpłatnem szczepieniu ospy i mimo to zdołało znaleść zaledwie 127 chętnych. Swiadczy to o nizkim poziomie kulturalnym mieszkańców Łodzi i słusznie bardzo uczyniło jedno z miejscowych Towarzystw oświatowych (Tow. krzewienia oświaty), urządzając odczyt »O ospie«. Żałować należy, że tylko jeden.

Mało co więcej zaszczepiono, jak mi uprzejmie doniósł kol. Koliński, w ambulatoryum bezpłatnem przy Tow. dobroczynności dla chrześcijan — 169 osób.

W ambulatoryum szpitala Anny Maryi dla dzieci, według danych, dostarczonych mi uprzejmie przez lekarza naczelnego szpitala, kol. Schoenaicha, zaszczepiono ospę 648 dzieciom.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

Nowy wynalazek Behringa w zakresie walki z błonicą, rozgłoszony już przed kilkunastu dniami przez prasę codzienną, wyjaśnia dokładniej artykuł samego Behringa w Nr 19 »Deutsche medizinische Wochenschrift«. Wynalazek ten, oparty na wielkim szeregu doświadczeń na rozmaitych zwierzętach, a obecnie znajdujący się w okresie prób klinicznych, polega na wytworzeniu szczepionki przeciwbłoniczej, uodporniającej czynnie na długi czas przeciw zakażeniu i nadającej się do szczepień zapobiegawczych. Szczepionka składa się z mieszaniny jadu błoniczego z antytoksyną w takim stosunku, że u świnek morskich nie wywołuje już żadnego szkodliwego działania. Szczepionkę tę (oznaczoną przez Behringa znakiem MMI) stosuje się u niemowląt w dawce podskórnej $^1/_{10}$ ml., u starszych dzieci $^1/_{20}$ ml. w 1 ml. płynu. Próby kliniczne przeprowadzali w Marburgu pod okiem Behringa Hahn, Zangemeister, Kleinschmidt i Viereck, oraz Schreiber w Magdeburgu. W klinice chirurgicznej w Marburgu nie dostało błonicy żadne ze szczepionych nową szczepionkę dzieci, choć w tej samej sali byli »roznosiciele« bakteryi i chorzy na błonicę. Szczepionki udziela Behring na razie tylko tym klinikom, które podejmują się szczegółowych i niełatwych badań kontrolnych.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 14. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Hładij przedstawił przypadki z kliniki chirurgicznej, a Dr Rzętkowski z Warszawy miał wykład: »O wpływie środków leczniczych na przemianę materyi«. W dyskusyi przemawiali Dr J. Landau junior i doc. Seńkowski.

— Akademia Umiejętności ogłasza szereg konkursów na stypendya, między innymi konkurs na 5 stypendyów z fundacyi Osławskiego po 5000 K rocznie z terminem podań do 29 czerwca 1913. O stypendya te ubiegać się mogą docenci obu uniwersytetów i politechniki, oraz nauczyciele szkół średnich, kształcący się na profesorów szkół wyższych.

— Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbyło się d. 6. maja b. r. w Krakowie. Po zagajeniu zgromadzenia przez prezesa prof. Pareńskiego, odczytał sekretarz Dr Zanietowski sprawozdanie z działalności Wydziału, podkreślając jako główne jej punkta wydanie XI rocznika »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego«, opracowanie przez sekretarza materyału dla opisu naszych zdrojowisk w większej balneografii Austryi i w X wydaniu polskiego Przewodnika, a przez doc. Seńkowskiego nowszych analiz elektrochemicznych, druk redagowanego przez Dra Pelczara IX wydania »Przewodnika po zdrojowiskach polskich«, wyniki zainicyowanej przez Towarzystwo, a zestawionej przez Dra Wąsowicza ankiety w sprawie wydzierżawienia Krynicy, udział czynny w Zjazdach w Pradze, Meranie i Berlinie, których sekretarz Towarzystwa był prezesem honorowym i t. d. Sprawozdanie redakcyjne zdał Dr Frączkiewicz, sprawozdanie kasowe Dr Piotrowski. Następnie omówiono sprawę wydania odezwy do społeczeństwa o popieranie naszych zdrojowisk, program przyszłego Zjazdu balneologicznego i szereg ważnych postulatów. Do Zarządu wybrano: prezesem prof. Pareńskiego, wiceprezesem Dra Cerchę, sekretarzem Dra Zanietowskiego, skarbnikiem Dra Piotrowskiego, redaktorem Dra Frączkiewicza, zastępcą sekretarza Dra Langa, zastępcą skarbnika Dra Aronsohna, wydziałowymi Dra Wąsowicza, dyrektora Mazurkiewicza i Dra Pelczara.

— W sprawie szpitala św. Ludwika odbyła się w d. 5. V. b. r. w Krakowie konferencya pod przewodnictwem marszałka kraju, JE. hr. Gołuchowskiego, w której uczestniczyli przedstawiciele kraju (szef departamentu V. Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski, inspektor szpitali Dr Müller), rządu (delegat Fedorowicz), miasta (wiceprezydent r. dw. Sare), powiatu (marszałek Dr Skrzyński), szpitala św. Łazarza (prezes komitetu adm. prof. Łazarski i dyr. Dr Krzyszkowski), oraz Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci (prof. Dr Jakubowski, prof. Dr Zoll, dyr. Sędzimir, dyrektor szpitala św. Ludwika Dr Murdzieński). Jak donoszą dzienniki, oświadczył na tej konferencyi szef dep. V., Dr Bernadzikowski, iż na razie najważniejszem zadaniem jest prowizoryczne pomieszczenie dzieci, nawiedzonych chorobami zakaźnemi, zanim stanie w Krakowie osobny szpital infekcyjny, i żę Wydział krajowy nosi się z myślą postawienia w tym celu tymczasowych baraków na gruntach szpitala św. Łazarza.

Prof. Jakubowski, delegat Fedorowicz, wiceprezydent Sare i rektor Zoll wykazywali zgodnie, że daleko odpowiedniejszem, dogodniejszem i niezawodnie mniej kosztownem byłoby prowizoryczne pomieszczenie dzieci z chorobami zakaźnemi w jednym z pawilonów szpitala św. Ludwika, aniżeli w budować się mających barakach. Najlepszem prowizorycznem rozwiązaniem sprawy byłoby wynajęcie zabudowań szpitala św. Ludwika w całości przez Wydział krajowy, któryby mógł tam pomieścić dzieci z chorobami zakaźnemi i ułożyć się z rządem co do utrzymywania kliniki pedyatrycznej. Konferencya zakończyła się oświadczeniem marszałka krajowego JE. hr. Gołuchowskiego, że sprawa będzie w najbliższym czasie przez Wydział krajowy rozpatrzoną i najdalej do końca maja zapadnie decyzya, czy mają być zbudowane baraki, czy też ma się wydzierżawić budynki szpitala św. Ludwika.

Nie ulega wątpliwości, że wynajęcie dotychczasowych budynków szpitala św. Ludwika przez kraj rozwiązałoby sprawę najlepiej.

— Za inicyatywą starosty Rawskiego, posła do parlamentu radcy Rychlika i Dra Turzańskiego, zawiązało się w Jarosławiu Koło Krajowego Towarzystwa walki z gruźlicą. Na Walnem Zgromadzeniu dnia 28. kwietnia b. r. wybrano wydział, do którego weszli: starosta Rawski jako przewodniczący, Dr Czyżewicz jako I, a Dr Turzański jako II zastępca przewodniczącego, nauczyciel p. Werbeneć jako sekretarz, dyrektor szkoły p. Górnisiewicz jako skarbnik. Członków zapisało się odrazu bardzo wielu. Uchwalono podjąć starania o subwencye od Rady miasta, Rady powiatowej, miejscowych instytucyi finansowych i urządzić na rzecz Koła dzień kwiatowy.

— Na Śląsku austryackim (w Cieszyńskiem) jest do objęcia dla lekarza Polaka dobra posada lekarza kopalni; oprócz płacy posada ta zapewnia wolne mieszkanie, opał, światło i konie. Wiadomość w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Maryan Józef Reszke, rodem z Czermina (Król. Polskie) i Konrad Orzechowski, rodem z Mogielnicy (Król. Polskie).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. V. do 10. V. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej —, płonicy 10 † 1 (1 † —), odry 12 † — (2 † —), duru brzusznego 3 † — (2 † 1), duru plamistego — † — (1 † —), róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 15. V. b. r. znajdowały się m. i. komunikaty J. Tura: »O nowym typie potworności bezpostaciowej« i R. Jakimowicza: »Czaszki i kości długie z kurhanu w Kowarach«.

— Sekcya balneo-klimatologiczna warszawskiego Towarzystwa higienicznego przyjęła na posiedzeniu w d. 3. V. 1913 projekt deontologii lekarzy zdrojowych, opracowany przez Dra Józefa Jaworskiego. Co do stosunku lekarzy zdrojowych do chorych wymaga projekt od lekarzy szczególnie poważnego wykształcenia i doświadczenia, znajomości wszystkich współczesnych metod badania, działania zdrojów miejscowych i im pokrewnych i warunków zdrowotnych zdrojowiska. Obejście się z chorymi powinno być wyjątkowo nader staranne i sumienne, lekarze powinni sprawdzać, czy chorzy wypełniają dane im przepisy, sami zaś nie zajmować się sprawami, nie mającemi związku z leczeniem i dawać przykład przestrzegania przepisów, mających na celu zdrowie i spokój chorych. W stosunku do lekarzy domowych, którzy przysyłają chorych do zdrojowiska, wymaga projekt, aby lekarze zdrojowi donosili domowym o rozpoczęciu leczenia przez chorego, aby się z nimi porozumiewali w razie wskazania do operacyi; lekarze zdrojowi przepisują chorym szczegółowo leczenie w zdrojowisku, przy wyjeździe zaś dają tylko rady ogólne, polecając co do szczegółów poradzić się lekarza domowego. Odwiedzanie chorych w wielkich miastach przez lekarzy zdrojowych przed sezonem i udzielanie rad przy tem projekt potępia. Stosunek do innych lekarzy w tem samem zdrojowisku określa projekt wedle ogólnie uznanych zasad stosunków między lekarzami, dodając tylko obowiązek peryodycznych zebrań koleżeńskich dla omówienia spraw lekarskich i zawodowych. Wreszcie określając stosunek lekarzy do zarządu zdrojowiska, poleca projekt lekarzom starać się o postęp i o rozgłos zdrojowiska (ogłaszanie prac naukowych), współdziałać z zarządem przy ulepszeniach i reformach sanitarnych i balneotechnicznych w zdrojowisku, zabrania zaś lekarzowi starać się u zarządu, by go wobec chorych wyróżniał lub polecał.

— Zmarła przed niedawnym czasem ś. p. Antonina z Grabowskich Sieragowska zapisała 50.000 rubli na utworzenie funduszu na pomoc naukową dla Polaków, pracujących na polu biologii i medycyny doświadczalnej. Suma powyższa zapisana jest na rzecz warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, w razie zaś nieprzyjęcia przez to Towarzystwo lub niezatwierdzenia zapisu przez rząd przechodzi na rzecz Akademii Umiejętności w Krakowie z zastrzeżeniem tegoż samego celu. Wykonawcami testamentu zmarła zamianowała Dr Dobrskiego, Chełchowskiego i A. Puławskiego.

Łódź. Towarzystwo lekarskie wydało i ogłosiło w dziennikach miejscowych odezwę w sprawie ospy, wzywając ludność do szczepienia się krowianką, a zarząd miasta do stworzenia stacyi bezpłatnego szczepienia. Odezwę ułożyła i podpisała komisya Towarzystwa, złożona z Drów Pinkusa, Skalskiego, Sterlinga i Tomaszewskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. IV. do 5. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy — † —, duru wysypkowego 2 † 1, róży —. Dr Trenkner.

Poznań. Kolonie lecznicze dla dzieci polskich są w Wielkopolsce częścią ogólnej organizacyi kolonii wakacyjnych dla dzieci, skupiającej się w Towarzystwie »Stella« w Poznaniu. Oprócz »Stelli« działają »Komitety wakacyjne« w Bydgoszczy (wysłał w r. 1912 — 104 dzieci), w Gdańsku (33), i »Towarzystwa kolonii« we Wrocławiu i w Berlinie (400 kolonistów). Samo Towarzystwo »Stella« wysłało w r. 1912 na kolonie wakacyjne 566 dzieci, na lecznicze 82, na stacyę ozdrowieńców 153, razem więc 801. W wydanem właśnie XVII. dorocznem sprawozdaniu »Stelli« znajduje się dokładny obraz całej organizacyi, pod niejednym względem mogącej służyć za wzór. Uderzającym jest niezwykle żywy udział społeczeństwa w całej akcyi; nietylko Towarzystwo to ma znacznie więcej członków, niż którekolwiek np. z naszych Towarzystw w Galicyi, ale też oprócz własnych swoich kolonii rozporządza dwiema koloniami, utrzymywanemi przez szlachetnych dobroczyńców (dla 30 dzieci u hr. Łąckich w Pakosławiu, dla 25 u pp. Turno w Lulinie) i pomieszczeniem dla reszty dzieci w drobniejszych grupach u filantropów-ziemian, proboszczów i t. d. Liczba tych »domów gościnnych« wynosi 139, a są wśród nich takie, które przyjmują po kilkanaście dzieci. Oprócz kolonii zajmuje się »Stella« bezpłatnem rozdawaniem mleka (300 dzieciom), urządzaniem »Gwiazdki« i t. d. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1912 19.749 marek, rozchody prawie tyleż. Sekretarz Towarzystwa, p. Jan Suchowiak, (Poznań O. 5. Bitterstr. 1) poprzedził tegoroczne sprawozdanie »Stelli« poglądem na rozwój i stan sprawy kolonii wakacyjnych i leczniczych we wszystkich naszych dzielnicach; godna uznania praca ta jest, o ile nam wiadomo, pierwszą próbą ogólnego zobrazowania działalności naszej w tej ważnej gałęzi higieny społecznej.

Z różnych stron. Biuro prasowe polskie nadesłało nam następujące komunikaty Związku międzynarodowego prasowego.

»V. Kongres międzynarodowy prasy lekarskiej. Związek międzynarodowy prasy lekarskiej stosownie do brzmienia statutów zbierze się w Londynie 5 sierpnia 1913 r. w przededniu 17. Kongresu międz. lekarzy. Zebranie odbędzie się w Imperial Institute (tuż przy South-Kensington) w sali zebrań Senatu uniwersyteckiego pod przewodnictwem Dr Lucas-Championnièrea, prezesa Związku. Pierwsze posiedzenie będzie otwarte o g. 9 m. 30 rano, drugie o g. 2 pp. W razie potrzeby następne posiedzenia odbędą się 7 sierpnia. Zaprasza się niniejszem wszystkich członków Związku prasy lekarskiej (a tem samem i prasy lekarskiej polskiej). Wystarcza zapisanie się u Dr Blondela, sekretarza jeneralnego Związku prasy, Paryż, Boulevard Haussmann 103. Inni lekarze mogą być obecni na posiedzeniu bez prawa głosu.

Program prac Kongresu, opracowany na Kongresie w Budapeszcie, jest następujący: 1) Reforma międzynarodowa terminologii lekarskiej (sprawozd. M. Blondel). 2) Ogłoszenie rocznika Związku międzynarodowej prasy lekarskiej. Członkowie Związku, którzy zechcą wprowadzić na porządek dzienny inne sprawy, zgłosić je muszą obecnie już do sekretarza jeneralnego.

Po ukończeniu Kongresu odbędzie się narada w ścisłem gronie, na której odbędą się wybory biura, oraz odczytane zostanie sprawozdanie skarbnika.

Prezes Związku międzynarodowego zostanie zaproszony do wygłoszenia przemówienia przy otwarciu Kongresu zaraz po przemówieniach delegatów państw zagranicznych.

Sekretarz jeneralny przypomina, że, stosownie do tradycyi, Biuro Kongresu ma do rozporządzenia Biur narodowych prasy pewną liczbę biletów, które dają też same prawa, co bilety członków Kongresu co do bywania na posiedzeniach, przyjęć oraz zmniejszonych kosztów przejazdu«.

»XVII Kongres międzynarodowy lekarski. Sekretarz jeneralny Związku międzynarodowego prasy lekarskiej ma zaszczyt zawiadomić kolegów o następujących zarządzeniach biura Komitetu Londyńskiego w czasie Kongresu.

Członkowie Związku prasy lekarskiej, przedstawiciele pism, zapisanych do Związków narodowych prasy, po zameldowaniu

się do sekretarza Związku swego, otrzymają bezpłatnie kartę wstępu na Kongres. Sekretarze mają dostarczyć listę Dr Raulowi Blondelowi, Boulevard Haussmann 103, Paryż. Karty te dają prawo do przywilejów, przyznanych członkom Kongresu (zmniejszenie kosztów przejazdu, zaproszenia na przyjęcia, otrzymywanie sprawozdań z wymienionej przez członka sekcyi). Żony i córki członków Kongresu płacą 10 shil. W czasie trwania Kongresu do użytku prasy lekarskiej będzie zarezerwowany oddzielny pokój w lokalu Kongresu (Technological Institute, Imperial Institute Road). Obszerna ta sala znajduje się bezpośrednio po stronie lewej od wejścia do sieni. Znajdować się tam będzie zawsze egzemplarz sprawozdań. Autorzy komunikatów będą zawiadomieni przez biuro Zjazdu o sali prasy z prośbą o dostarczenie tam dostatecznej liczby egzemplarzy streszczeń swych odczytów. W każdej sekcyi jeden z sekretarzy obsługiwać będzie specyalnie prasę i po posiedzeniu w ciągu godziny członkowie prasy lekarskiej korzystać mogą streszczenia przemówień i dyskusyi«.

— Międzynarodowa stała Komisya Zjazdów lekarskich prosi nas o zaznaczenie, że koledzy, pragnący uczestniczyć w XVII Zjeździe w Londynie (6—12 sierpnia b. r.), powinni już teraz przesyłać wkładkę uczestnictwa (25 franków, 20 marek) pod adresem: »The Treasurers of the XVII th International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London W.« z dołączeniem karty wizytowej z adresem swoim stałym i wskazaniem sekcyi, do której zamierzają należeć.

— W »Medycynie i Kronice lekarskiej« (Nr 18—19) ogłosił Dr Bursche z Warszawy zajmujące »Wrażenia z wycieczki do Ameryki północnej«. Wśród wielu szczegółów o chirurgii w Ameryce znajduje się tu charakterystyczny obraz działalności braci Mayo, pracujących w maleńkiem (8000 mieszkańców) mieście-ogrodzie Rochester w Stanie Minnesota. Bracia Mayo, synowie lekarza-chirurga, byli zrazu jego asystentami, rychło go jednak prześcignęli i zyskali taki rozgłos, że do Rochester zjeżdża się mnóstwo chorych z całej Ameryki. Bracia Mayo operują obecnie w szpitalu o 300 łóżkach, utrzymywanym przez SS. Franciszkanki, a urządzonym pod każdym względem znakomicie. Operuje się tam równocześnie w 4 salach (oprócz braci Mayo 4 jeszcze chirurgów, przyjętych do »firmy«). W r. 1911 wykonano 8745 operacyi, z tego samych laparotomii 4226 (z 2·1% śmiertelności); dziennie wykonuje się 30—40 operacyi w ciągu 5 godzin (od 8 do 1). Sam William Mayo wykonał wobec Dra Burschego w ciągu tych 5 godzin 10 operacyi, potrzebując n. p. na gastroenterostomię tylną od pierwszego cięcia aż do ostatniego szwu powłok 14 minut; operuje on z jednym tylko asystentem, narkotyzerką i siostrą podającą narzędzia, przyczem swobodnie odpowiada na ciągłe pytania obecnych przy operacyi gości-lekarzy, objaśnia swoją technikę i t. d. Po operacyach podczas śniadania załatwiają bracia Mayo korespondencyę przez stenografistkę; od 2 do 5 popoł. przyjmują w poliklinice, potem odwiedzają chorych w mieście w mnogich pensyonatach, gdzie się chory wkrótce po operacyi ze szpitala przenosi, wieczór zaś spędzają swobodnie w gronie rodziny w rezydencyi swej podmiejskiej. W szpitalu pracuje około 50 asystentów, z których każdy ma ściśle wyznaczony zakres działania w klinice, poliklinice lub jednej z pracowni; asystenci ci kosztem kliniki wysyłani bywają co pewien czas do Europy dla zapoznania się z najnowszemi zdobyczami chirurgii, są obowiązani pracować naukowo, ogłaszać wyniki pracy i zdawać z nich sprawę w »Klubie chirurgicznym« (specyalnie w tym celu zbudowanym) na popołudniowych posiedzeniach między $3^1/_2$ i $5^1/_2$. Licznie odwiedzający klinikę braci Mayo lekarze znajdują w klubie pomieszczenie, wspaniałą bibliotekę i t. d.; mogą oni być obecni przy wszystkich operacyach.

— Międzynarodowy Komitet uzupełniających studyów lekarskich (Intern. Komitè für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4) urząda krótki cykl kursów ze wszystkich działów medycyny w Berlinie 19 do 28 czerwca b. r. po raz pierwszy ze współudziałem centralnego Komitetu pruskiego studyów uzupełniających.

Program dokładny zostanie ogłoszony w ciągu maja. Lekarze, którzy uzyskali dyplom w Niemczech, opłacają 20 do 50 marek, zależnie od liczby kursów, na które się wpiszą; lekarze zagraniczni mogą być przyjęci w miarę miejsca za wyższą opłatą. Zapytania kierować należy do wspomnianego wyżej komitetu, zgłoszenia zaś do Biura Stowarzyszenia docentów (Dozentenverein, Berlin N. 24. Ziegelstr. 10/11).

— Konsumcya alkoholu w szpitalach spada w ostatnich latach stale, jak stwierdza Ewald (IV. kongres dla terapii), albowiem przekonano się, że wszystkie t. zw. korzystne działania alkoholu, np. w chorobach zakaźnych, są złudne lub chwilowe, a szkody, które wyrządza alkohol, nieporównanie większe. A.

Mianowani: patolog prof. Kaiserling z Berlina profesorem w Królewcu.

Zmarli: interniści doc. Bennecke w Jenie, prof. Jaccoud w Paryżu.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 4 i 5. (Cena 7·25 Mk., całego rocznika 16 Mk.).

Treść kwietniowego zeszytu tegorocznego stanowią następujące rozprawy: Doc. Michaud i Schlecht: »Nowe metody czynnościowej dyagnostyki nerek«, Prof. Oberlaender i Dr Boehme: »Leczenie zwężeń cewki moczowej męskiej i ich następstw«, Prof. Jadassohn: »O postępach dermatologii w zakresie etyologicznym i ogólno-patologicznym«, Prof. Joseph: »Ogólny przegląd postępu w zakresie chorób skórnych i wenerycznych«. W zeszycie majowym pisze Prof. Marburg o rozpoznawaniu nowotworów mózgu, Prof. Dubois o racyonalnej psychoterapii, Dr Hitschmann o metodzie Freuda, Dr Adler o psychologicznem leczeniu nerwic, Doc. Isselin o psychoterapii i jej metodach, Prof. Binswanger o sądowolekarskiem znaczeniu psychoz histerycznych, a Prof. Marburg podaje ogólny przegląd postępów na polu neurologii i psychiatryi.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. maja 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Doc. Radliński: Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. 3) Dr Surzycki: O oksaluryi.